



Facultad de Medicina

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Tesis doctoral

USO DEL ATRIBUTO DE PRIVACIDAD *NO IMPRIMIBLE*
EN EPISODIOS DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA
DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autora: Ana Ballarín González

Directora: Carolina Peláez Laguno

2017

Para Leo, Paula y Noelia

*Agradece a la llama su luz,
pero no olvides el pie del candil que,
constante y paciente,
la sostiene en la sombra*
Rabindranath Tagore

A mis pitusos, a quienes he robado un irrecuperable tiempo. Espero que algún día sepan entenderlo.

A Noelia, mi sherpa. El sustento físico y moral, la intendencia. El 50% oculto de mis logros. El mérito invisible. Mxo+.

A mi padre, por todas tus aportaciones, también en este trabajo. Porque yo, cuando sea mayor, quiero ser como tu. Y porque aunque no te lo haya dicho, me encanta ser “la hija de”.

A mi madre, por cuidarme siempre, más que yo a mi misma. No olvides que te quiero.

A mi hermana María, por tantas conversaciones de skype, tantos desahogos, tanto apoyo..... y sobre todo por lo que hay detrás de esos largos puntos suspensivos. Nunca 2802 km. estuvieron tan cerca, pequeña.

A mi hermano Borja y a mi prima Verónica, por marcar la senda.

A mi tía Ana y familia segoviana, que de forma generalmente silenciosa han servido de apoyo cuando lo he necesitado para ayudarme en lo que iba surgiendo y dejarme tiempo para la tesis.

A Fernando León. Tutor, compañero, amigo. Referente en tantos campos, de quien aprender y a quien imitar. Siempre dispuesto, todas sus aportaciones han subido

varios grados la calidad de este trabajo, y de tantos otros. Es un privilegio trabajar a tu lado y poder seguir aprendiendo de ti.

A mis compañeros del Grupo de Trabajo *Lex Artis* de la Somamfyc, que han colaborado en la elaboración de este trabajo.

A mis compañeros del CS El Greco, por dejar que les enredara para contestar una insufrible encuesta, y por su apoyo y comprensión constantes sobre todo en los momentos finales. En especial a Jose Luis (recursos infinitos), a Manolo (siempre con una respuesta a mis variopintas preguntas) y a Isabel (por ayudarme con el empujón que necesitaba para tener directora).

Antonio Ramos fue una de esas personas claves que siempre ha respondido rápida y eficazmente a cada requerimiento que de él tenía para los agobiantes trámites de la universidad. Sin su presencia como tutor y sin su ayuda, no habría podido presentar este trabajo.

A muchas personas que de forma desinteresada han atendido mis peticiones: a Juan Carlos, técnico que dio la luz en el análisis estadístico; a Juanjo que desde la lejanía y muy generosamente ha dedicado su tiempo a atender mi petición de ayuda sin conocerme; a todos los compañeros y amigos que contestaron y distribuyeron la encuesta entre sus conocidos.

A Carolina Peláez. Se embarcó conmigo con sus siempre prudentes reservas y por no saber decirme que no. Resultó ser la decisión que salvó la tesis. Ella ha sido la responsable de aportar el criterio a mi entusiasmo en el tema. Siempre accesible y dispuesta. Siempre acertada en las correcciones. Maestra de las muestras no normales. Me llevo su valiosísima aportación a mi trabajo, pero me llevo mucho más de nuestros ratos compartidos. Porque Carolina es de esas personas que siempre te quedas con ganas de conocer un poquito más, y este trabajo me ha permitido hacerlo.

ÍNDICE

ÍNDICE	1
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	5
ÍNDICE DE TABLAS.....	7
ÍNDICE DE FIGURAS.....	9
RESUMEN	11
INTRODUCCIÓN.....	17
INTIMIDAD, CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO MÉDICO.....	19
<i>INTIMIDAD</i>	19
<i>CONFIDENCIALIDAD</i>	24
<i>SECRETO MÉDICO</i>	28
FUNDAMENTOS DEL DEBER DE SECRETO	35
<i>MARCO ÉTICO</i>	35
<i>MARCO DEONTOLÓGICO</i>	42
<i>MARCO LEGAL</i>	50
<i>SITUACIÓN ACTUAL</i>	71
HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SISTEMA MADRILEÑO DE SALUD	73
<i>HISTORIA CLÍNICA</i>	73
<i>HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA</i>	79
<i>HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD</i> 80	
JUSTIFICACIÓN.....	93
HIPÓTESIS	97
HIPÓTESIS GENERAL.....	99
HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	99
OBJETIVOS.....	101

OBJETIVO PRINCIPAL	103
OBJETIVOS SECUNDARIOS	103
MATERIAL Y MÉTODOS	105
ESTUDIO I.....	109
DISEÑO	109
ÁMBITO DE ESTUDIO.....	109
POBLACIÓN DE ESTUDIO	109
FUENTE DE INFORMACIÓN	111
VARIABLES DEL ESTUDIO	111
TAMAÑO MUESTRAL.....	112
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	112
ASPECTOS ÉTICOS	116
ESTUDIO II	117
DISEÑO	117
ÁMBITO DE ESTUDIO.....	117
POBLACIÓN DE ESTUDIO	117
FUENTES DE INFORMACIÓN	118
VARIABLES.....	119
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	119
ASPECTOS ÉTICOS	120
ESTUDIO III.....	121
DISEÑO	121
ÁMBITO DE ESTUDIO.....	121
POBLACIÓN DE ESTUDIO	121
MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS	122
VARIABLES.....	124
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	124
ASPECTOS ÉTICOS	124
RESULTADOS	125
1. Descripción de los grupos:	129

<i>Dirección Asistencial Sur</i>	129
<i>Centro de salud El Greco</i>	129
<i>Encuesta a profesionales</i>	130
2. Descripción de la situación actual de la opción <i>no imprimible</i>	133
CONOCIMIENTO de la opción <i>no imprimible</i>	133
Prevalencia de USO y PERFIL DEL PROFESIONAL que utiliza la opción <i>no imprimible</i> .	134
EVOLUCIÓN TEMPORAL de la opción <i>no imprimible</i>	143
3. Descripción de las características de la opción <i>no imprimible</i>	145
Búsqueda de la FINALIDAD de la opción <i>no imprimible</i>	145
Códigos CIAP en los que usar la opción	149
4. Descripción del uso real de la opción <i>no imprimible</i>	158
Estudio de la FINALIDAD de la opción <i>no imprimible</i>	158
Códigos CIAP donde se usa la opción.....	165
5. Modelo de regresión logística	170
DISCUSIÓN	171
Descripción de los grupos	173
CONOCIMIENTO de la opción <i>no imprimible</i>	175
USO de la opción <i>no imprimible</i>	177
LOS PROFESIONALES.....	181
VARIABILIDAD INTERPERSONAL	184
EVOLUCIÓN TEMPORAL de la opción <i>no imprimible</i>	185
FINALIDAD <i>no imprimible</i>	186
Códigos CIAP que precisan un cuidado especial.....	198
LIMITACIONES	203
CONCLUSIONES	205
ANEXOS	209
BIBLIOGRAFÍA	267

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AP: Atención primaria

APD: Agencia de Protección de Datos

ARCO: Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición

CAM: Comunidad Autónoma de Madrid

CE: Constitución Española

CIAP: Clasificación Internacional de Atención Primaria

CIAS: Código de identificación del área sanitaria

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

CIPSAP: Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria

CL: Consultorio local

CDM: Código de Deontología Médica

CP: Código Penal

CRC: Clasificación por Razones de Consulta

CS: Centro de salud

DAS: Dirección Asistencial Sur

DE: Desviación estándar

DLE: Diccionario de la lengua española

DTSIS: Dirección Técnica de Sistemas de Información

GdT: Grupo de Trabajo

HC: Historia clínica

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

HCE: Historia clínica electrónica

HCI: Historia clínica informatizada

IQL: Rango intercuartílico

IT: Incapacidad temporal

LEC: Ley de Enjuiciamiento Civil

LECr: Ley de Enjuiciamiento Criminal

MFyC: Medicina Familiar y Comunitaria

MIR: Médico interno residente

OMS: Organización Mundial de la Salud

OSSI: Oficina de Seguridad de Sistemas de Información.

RAE: Real Academia Española

SERMAS: Servicio Madrileño de Salud

SNS: Sistema Nacional de Salud

SoMaMFyC: Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria

TC: Tribunal Constitucional

TSI: Tarjeta sanitaria individual

TSJ: Tribunal Superior de Justicia

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. PROPUESTA DE BEAUCHAMP Y CHILDRESS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN CASO DE CONFLICTO DE INTERESES	38
TABLA 2. NORMATIVA RELACIONADA CON LA INTIMIDAD Y EL SECRETO PROFESIONAL.....	51
TABLA 3. CONTENIDO DE LAS REFERENCIAS LEGALES.....	54
TABLA 4. SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO DEL SECRETO MÉDICO	67
TABLA 5. ARTÍCULOS DE LA LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL QUE OBLIGAN A COLABORAR CON LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA	68
TABLA 6. PENAS PREVISTAS POR EL CÓDIGO PENAL POR VULNERACIÓN DE DEBERES	69
TABLA 7. HISTORIA CLÍNICA ORIENTADA POR PROBLEMAS VS ORIENTADA POR EPISODIOS (117)	82
TABLA 8. ESTRUCTURA DE CAPÍTULOS DE LA CIAP.....	83
TABLA 9. COMPONENTES DE LA CIAP Y RÚBRICAS ASOCIADAS.....	84
TABLA 10. CAPÍTULOS Y TÍTULOS DE LA CIAP1 (118)	85
TABLA 11. ESTRUCTURA BIALXIAL DE LA CIAP (117)	87
TABLA 12. EJEMPLO DE EPISODIO Y SU CLASIFICACIÓN CIAP.....	87
TABLA 13. INFORMES Y SOLICITUDES DONDE CONSTAN EL LISTADO CON LOS EPISODIOS DEL PACIENTE	91
TABLA 14. MUNICIPIOS, CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES DE LA DIRECCIÓN ASISTENCIAL SUR	109
TABLA 15. DISTRIBUCIÓN DE LA CATEGORÍA PROFESIONAL POR SEXO	131
TABLA 16. DISTRIBUCIÓN DE FORMACIÓN ÉTICO-LEGAL POR CATEGORÍA PROFESIONAL.....	133
TABLA 17. RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO DE LA OPCIÓN NO IMPRIMIBLE Y LA FORMACIÓN ÉTICO-LEGAL RECIBIDA Y LA CATEGORÍA PROFESIONAL	134
TABLA 18. RELACIÓN ENTRE EL USO DE LA OPCIÓN NO IMPRIMIBLE Y LA CATEGORÍA PROFESIONAL EN LAS ENCUESTAS	135
TABLA 19. NÚMERO DE EPISODIOS NO IMPRIMIBLE CREADOS Y NÚMERO DE PROFESIONALES CON ELLOS EN LA DAS	137
TABLA 20. NÚMERO DE EPISODIOS NO IMPRIMIBLE CREADOS EN CADA CS DE LA DAS POR CATEGORÍA PROFESIONAL	138
TABLA 21. TIPOS DE EPISODIOS NO IMPRIMIBLES POR CATEGORÍA PROFESIONAL EN EL CS EL GRECO	142
TABLA 22. CATEGORÍAS Y CÓDIGOS MÁS SEÑALADOS POR LOS PROFESIONALES COMO SUSCEPTIBLES DE SER NO IMPRIMIBLE.....	150

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 23. CÓDIGOS CIAP CON $\geq 75\%$ OPINIONES A FAVOR DE CATALOGARLOS NO IMPRIMIBLE POR PROFESIONALES.....	153
TABLA 24. DIFERENCIAS EN LA ELECCIÓN DE UN EPISODIO COMO NO IMPRIMIBLE A IGUALDAD DE PATOLOGÍA Y DIFERENTE SEXO, POR PROFESIONALES.....	154
TABLA 25. CÓDIGOS CIAP CON CONSENSO POR EXPERTOS DE LA CONVENIENCIA DE SER NO IMPRIMIBLE ...	155
TABLA 26. COINCIDENCIA DE OPINIÓN DE CIAP ENTRE PROFESIONALES Y EXPERTOS.....	157
TABLA 27. CENTROS DE LA DAS Y SU PORCENTAJE DE EPISODIOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE FINALIDAD	159
TABLA 28. NÚMERO DE EPISODIOS NO JUSTIFICADOS CREADOS Y NÚMERO DE PROFESIONALES CON ELLOS .	160
TABLA 29. NÚMERO DE EPISODIOS VISIÓN PROFESIONAL CREADOS Y NÚMERO DE PROFESIONALES CON ELLOS	162
TABLA 30. NÚMERO DE EPISODIOS VISIÓN PACIENTE CREADOS Y NÚMERO DE PROFESIONALES CON ELLOS .	164
TABLA 31. DIFERENCIAS DE REGISTRO DE LOS CÓDIGOS SENSIBLES POR SEXO EN LA DAS	166
TABLA 32. PROPORCIÓN DE EPISODIOS CATALOGADOS NO IMPRIMIBLE DE CADA CÓDIGO SENSIBLE, EN EL CS EL GRECO	168
TABLA 33. VARIABLES DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA Y SU RELACIÓN CON EPISODIOS VISIBLE/NO IMPRIMIBLE EN EL CS EL GRECO.....	170
TABLA 34. DESCRIPTORES DE LA CIAP QUE NO CORRESPONDEN CON EL CÓDIGO CIAP ASIGNADO	197

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. TAPIZ PRINCIPAL DEL PROGRAMA INFORMÁTICO AP- MADRID.....	81
FIGURA 2. TRAMOS DE EDAD DE LOS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA	131
FIGURA 3. PORCENTAJE DE PROFESIONALES DE CADA CATEGORÍA PROFESIONAL QUE CONTESTARON LA ENCUESTA	132
FIGURA 4. DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL DE LOS ENCUESTADOS.....	132
FIGURA 5. NÚMERO DE EPISODIOS NO IMPRIMIBLE POR CS O CL ENTRE LOS AÑOS 2013 A 2016 EN LA DAS	136
FIGURA 6. NÚMERO DE EPISODIOS NO IMPRIMIBLE REALIZADOS POR CADA CATEGORÍA PROFESIONAL EN LA DAS	137
FIGURA 7. DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS NO IMPRIMIBLE POR CATEGORÍA PROFESIONAL Y POR CENTRO SANITARIO EN LA DAS (NUMERADOS SEGÚN LA TABLA 20).....	139
FIGURA 8. COMPARATIVA DE LA RELACIÓN DE EPISODIOS VISIBLE VS NO IMPRIMIBLE EN CADA CATEGORÍA PROFESIONAL EN EL CS EL GRECO	140
FIGURA 9. RELACIÓN DE EPISODIOS VISIBLE Y NO IMPRIMIBLE REALIZADOS EN CADA SEXO	141
FIGURA 10. NÚMERO DE EPISODIOS NO IMPRIMIBLE POR AÑO EN LA DAS	143
FIGURA 11. NÚMERO DE EPISODIOS NO IMPRIMIBLE POR AÑO Y POR CATEGORÍA PROFESIONAL EN LA DAS	144
FIGURA 12. DISTRIBUCIÓN POR MESES ENTRE EL CS EL GRECO Y LA DAS DE LOS EPISODIOS NO IMPRIMIBLE CREADOS EN EL AÑO 2016.....	145
FIGURA 13. ELECCIÓN POR LOS PROFESIONALES DE LA FINALIDAD DE LA OPCIÓN NO IMPRIMIBLE EN FUNCIÓN DEL SUJETO A QUIÉN RESERVAR LA INFORMACIÓN	146
FIGURA 14. CATEGORÍAS DE LA CIAP Y LA MEDIA DE PUNTUACIÓN DE SUS CÓDIGOS COMO NO IMPRIMIBLE POR PROFESIONALES	150
FIGURA 15. CATEGORÍAS DE LA CIAP Y EL GRADO DE ELECCIÓN DE SUS CÓDIGOS COMO NO IMPRIMIBLE POR LOS EXPERTOS	155
FIGURA 16. PROPORCIÓN DE EPISODIOS NO IMPRIMIBLES EN CADA UNA DE LAS CATEGORÍAS POSIBLES.....	158
FIGURA 17. DEL GRUPO NO JUSTIFICADO, PROPORCIÓN REALIZADA POR CADA CENTRO DE SALUD O CONSULTORIO LOCAL.....	161
FIGURA 18. DEL GRUPO VISIÓN PROFESIONAL, PROPORCIÓN REALIZADA POR CADA CENTRO DE SALUD O CONSULTORIO LOCAL.....	163
FIGURA 19. DEL GRUPO VISIÓN PACIENTE, PROPORCIÓN REALIZADA POR CADA CS O CL.....	165

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 20. PROPORCIÓN DE CÓDIGOS SENSIBLES ASOCIADOS A LA OPCIÓN NO IMPRIMIBLE EN LOS CENTROS DE LA DAS	167
FIGURA 21. NÚMERO DE EPISODIOS NO IMPRIMIBLE DE LOS CÓDIGOS SENSIBLES REALIZADOS POR CADA PROFESIONAL DEL CS EL GRECO	169

RESUMEN

RESUMEN

RESUMEN

Se presenta la tesis doctoral “Uso del atributo de privacidad *no imprimible* en episodios de la historia clínica electrónica de atención primaria”.

Se trata del análisis conjunto de tres estudios con el objetivo de investigar el conocimiento, el uso y la finalidad de la herramienta de confidencialidad *no imprimible* del programa AP-Madrid de atención primaria:

- un estudio observacional retrospectivo de los episodios *no imprimible* de las HC realizadas en los centros de salud y consultorios locales de la Dirección Asistencial Sur durante el periodo 2013-2016, y del total de episodios (*visible* y *no imprimible*) del CS El Greco durante el año 2016.
- un estudio descriptivo transversal basado en una encuesta a diferentes categorías profesionales de atención primaria (médicos, enfermeros y residentes), para determinar la finalidad de la opción *no imprimible* y con qué códigos CIAP el episodio realizado debe ir asociado a la opción de privacidad *no imprimible*.
- un método Delphi de consenso con un grupo de expertos del Grupo de Trabajo *Lex Artis* de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria, recogiendo su opinión sobre la finalidad de la opción *no imprimible* y los códigos CIAP sobre los que mantener una reserva especial.

Respecto al CONOCIMIENTO del atributo de privacidad no imprimible, el 20,4% de los encuestados no conocían esta opción del programa AP-Madrid. La mayoría eran profesionales de enfermería. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el conocimiento de esta opción, la formación bioética o legal ($p=0,014$) y la categoría profesional ($p<0,001$).

Un 44,1% de los profesionales encuestados aseguraron no haber USADO nunca la opción *no imprimible*. De nuevo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el uso de la herramienta de confidencialidad y la categoría profesional, con menor uso de ella por los profesionales de enfermería ($p<0,001$), y un mayor uso relativo (respecto al total de episodios realizados) por los trabajadores sociales ($p<0,001$).

RESUMEN

Hay mucha variabilidad de realización de episodios no imprimible entre unos centros sanitarios y otros, al ser el factor influyente principal el propio profesional.

La EVOLUCIÓN TEMPORAL en el uso de la herramienta no imprimible desde el año 2013 al año 2016 fue ascendente, siendo este último año su uso un 25% mayor que el primero. Sin embargo, el uso por categoría profesional difiere, aumentando en este periodo entre los profesionales de medicina y trabajo social, y disminuyendo en los profesionales de enfermería. En el año 2016 se observa en el CS El Greco un aumento de episodios *no imprimible* en relación con los datos de la DAS, que se han relacionado con la participación de sus profesionales en la encuesta y consecuente incremento de su sensibilización al tema.

No se han encontrado pautas específicas donde se especifique la FINALIDAD de la opción *no imprimible*. El consenso obtenido del grupo de expertos y la opinión de los profesionales encuestados coinciden en señalar como finalidad principal del atributo de privacidad *no imprimible* impedir que, de forma generalizada, cualquier otro profesional tenga acceso inmediato a información especialmente sensible del paciente, si ello no es preciso para llevar a cabo su función asistencial. Sin embargo, el uso de esta herramienta es muy heterogéneo, incluso con motivaciones que nada tienen que ver con la protección de los datos confidenciales del paciente.

Se seleccionaron 16 códigos CIAP que cumplieran las condiciones de haber sido elegidos por el 75% o más de los profesionales encuestados, y por haber obtenido consenso completo entre los profesionales expertos. Pertenecen a las categorías de la CIAP P (problemas psicológicos), W (planificación familiar, embarazo, parto y puerperio), X (aparato reproductor femenino), Y (aparato reproductor masculino) y Z (problemas sociales). Todos los códigos tienen relación con la esfera sexual, y se utilizan más o menos según el sexo del paciente, con una diferencia estadística significativa ($p < 0,001$). El uso, en el CS El Greco durante el año 2016, de la opción *no imprimible* en los 16 códigos seleccionados fue del 39,40%.

En el análisis multivariante se mostró asociado de forma significativa a la realización de episodios *no imprimible* la categoría profesional de medicina con OR 84,54

RESUMEN

(IC 95%: 24,2; 293,9); $p < 0,001$ y la categoría profesional de trabajo social con OR 25,84 (IC 95%: 15,2; 44,0); $p < 0,001$.

Este trabajo corrobora el deficiente conocimiento del atributo de privacidad *no imprimible*, el incorrecto uso que se le da, y la ausencia de una finalidad concreta establecida, como consecuencia de lo cual se ve directamente afectada la confidencialidad del paciente.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

INTIMIDAD, CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO MÉDICO

INTIMIDAD

*“Es difícil seguir siendo emperador ante un médico,
y también es difícil guardar la calidad de hombre”*
Memorias de Adriano – Marguerite Yourcenar

La intimidad es un concepto complejo. Su complejidad radica en que está fundamentado en aspectos de campos tan diversos como la filosofía, la antropología, la historia, la psicología, la sociología, la política, la etología, el derecho y la ética (1)(2).

María Moliner, en su Diccionario de uso del español (2016) define la intimidad como “cualidad de íntimo” y “conjunto de sentimientos y pensamientos que cada persona guarda en su interior” (3). De forma similar en el Diccionario de la lengua española de la Real Academia Española (2017), la intimidad se define como: “Amistad íntima”, y en su segunda acepción “Zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia” (4). Varios autores además coinciden en el núcleo del concepto. Bertrán et ál. la definen de una forma más completa como “el ámbito en que los seres humanos gestionan libre y privadamente su mundo de valores (religiosos, filosóficos, culturales, políticos, higiénicos, sexuales, económicos, etc.) y todo lo que tiene que ver, directa o indirectamente con ellos” (5). Xavier Zubiri, filósofo español, destaca su relación con la identidad asegurando que “la intimidad solo se da en realidades humanas” (6), de tal forma que perderla nos quita parte de nuestro ser, nos deshumaniza. En palabras de Bajo Fernández la intimidad “es un ámbito personal, reservado a la curiosidad pública, absolutamente necesario para el desarrollo humano y donde enraizaría la personalidad” (7). Constituye un derecho inherente a la persona y hace

INTRODUCCIÓN

referencia a lo más íntimo y personal. Y por su parte, Romeo Casabona la define como “aquellas manifestaciones de la personalidad individual (o familiar) cuyo conocimiento o desarrollo quedan reservados a su titular o sobre las que ejerce alguna forma de control cuando se ven implicados terceros” (8).

Etimológicamente “intimidad” proviene del griego “éntos” y del adverbio latino “intus”, que significan ambos dentro, y deriva del superlativo “intimus” (lo más dentro). San Agustín en el siglo I fue el gran descubridor de la intimidad y el primer teórico de la misma. La definía en el sentido de interioridad, como la característica de dialogar y entrar en uno mismo, homologándola al alma y a lo espiritual. Con el mismo significado religioso aparece esporádicamente en obras de ascética y mística de la literatura clásica española de los siglos XVI y XVII, entendiéndose intimidad como el lugar más recóndito del alma en el que uno se comunica secretamente con Dios.

No es hasta el siglo XVIII cuando el término adquiere un significado secular, refiriéndose a las relaciones amorosas o “íntimas”, y extendiéndose este significado a lo largo de todo el siglo XIX (1).

En el siglo XX el concepto adquiere una dimensión más compleja, al entenderse la intimidad como un derecho humano, contemplado en la Constitución Española del año 1978 (9). Se intenta así proteger aquello considerado más personal y reservado de un sujeto, aquello que cada individuo decide que no quiere que otros conozcan, como la vida privada, el domicilio, la correspondencia, el honor o la reputación. Un espacio considerado personalísimo que no debe estar expuesto al dominio público. En varias sentencias del Tribunal Constitucional se recoge que el derecho a la intimidad personal es necesario según las pautas de nuestra cultura para mantener una calidad mínima de vida humana. Este derecho protege la intromisión no deseada de otras personas a ese espacio sin consentimiento expreso del interesado; asegura ser dueños de lo propio. Es el derecho al control de los propios valores personales, económicos, religiosos o culturales, y

INTRODUCCIÓN

así deben entenderse también todos los datos referentes al cuerpo, a la sexualidad, a la salud y a la enfermedad (5). Como dice Diego Gracia “la intimidad no está constituida por el llamado mundo de los hechos, sino por el mundo de los valores. Los valores son los que nos dan identidad y nos diferencian de las demás personas. Los valores son nuestra más profunda seña de identidad. Lo que nos define como seres humanos son los valores religiosos, filosóficos, estéticos, políticos, etc. que hemos asumido como propios. Los valores somos nosotros mismos. Sin los valores no seríamos nada. Por eso por los valores se mata y se muere... Somos nuestros valores” (1).

Es inherente a la profesión médica tratar con lo más íntimo de las personas. La enfermedad expone dos pilares importantes de la dignidad humana: la autonomía y la intimidad. Oliver Sacks, neurólogo y escritor, refleja en muchas de sus obras la posición de vulnerabilidad a la que se expone el paciente cuando pierde la salud, y el delicado papel de los profesionales que lo atienden: “el estudio de la enfermedad exige al médico el estudio de la identidad de los mundos interiores que los pacientes crean bajo el acicate de la enfermedad” (10-12). El hombre enfermo se ve en la necesidad de compartir con el profesional sanitario, urgido por su voluntad de recuperar la salud, datos de su biografía, hábitos personales y costumbres, desnudando su cuerpo pero también su mente y su vida. Como explica Laín Entralgo: “El médico entra en la intimidad psíquica y moral del paciente... para cumplir rectamente su misión, entra donde se ordenan los fines más personales” (13).

En este contexto, el papel del profesional sanitario es primordial. Con el sigilo de los datos conocidos en el trascurso de su actuación, permite que se sustente la base para la relación de confianza entre el profesional y el paciente, elemento fundamental de la práctica médica (14). Lo recoge el Código de Deontología Médica en su artículo 9.2: “En el ejercicio de su profesión el médico actuará con corrección y delicadeza, respetando la intimidad de su paciente” (15). Laín Entralgo señala como esencia del médico la

INTRODUCCIÓN

conducta ética del respeto a la intimidad que viene protegida por el secreto. Y es que es tal la relevancia que adquiere la intimidad de una persona que, al contrario que la mayoría de los derechos, la obligación de reserva no acaba con el fallecimiento del paciente, si no que perdura a pesar de ello (16).

La definición de intimidad como un estado o condición de acceso limitado a la persona, ha sido ampliamente desarrollado a nivel ético y jurídico. Así, se pueden distinguir tres niveles o concepciones de intimidad (17,18):

- La **intimidad física y observacional**, que limita el acceso físico y la posibilidad de ser indebidamente observados en las actividades cotidianas de la vida privada.
- La **intimidad de información**, que es el derecho a que no se divulguen los datos privados o sensibles.
- La **intimidad decisional**, que es la autonomía sobre las decisiones que afectan a la vida privada.

Parafraseando a Ruth Gavison, abogada y escritora, “en la intimidad perfecta nadie tiene información sobre X, nadie presta atención a X y nadie tiene acceso físico a X” (19).

En el medio sanitario la **intimidad física** completa es imposible, y la observación y el contacto físico están aceptados mutuamente como parte de la relación médico-paciente, aunque el paciente exigirá la reducción al mínimo de esta perturbación, evitando la exposición excesiva o no justificada.

Para que la **intimidad de la información** pueda respetarse y sea el paciente quien pueda ejercer ese derecho, se requieren límites sobre la accesibilidad a la información personal. El exclusivo trato que se da a los datos sanitarios, considerados “especialmente sensibles” por el derecho internacional, ha propiciado el desarrollo legislativo estatal, al igual que la

INTRODUCCIÓN

implantación de medios personales y materiales para evitar la divulgación no autorizada de este tipo de información.

Probablemente el tipo de intimidad que más desacuerdo suscita es la que tiene relación con la capacidad de **decisión**. En el ámbito sanitario tiene relación con la toma de decisiones respecto a las actuaciones llevadas a cabo sobre la salud, ligándose al concepto ético de autonomía. Por un lado, asemejar intimidad con libertad anula la posibilidad de tratarlos como conceptos distintos. Además, la intimidad decisional o decisoria implica la capacidad del individuo de tomar sus propias decisiones sin interferencias de ningún tipo, incluidas las gubernamentales. Centrándonos en la realidad española, la legislación supone un límite en algunos aspectos a este tipo de intimidad, como la obligación a recibir tratamiento en situaciones de riesgo para la salud pública, como es el caso de la tuberculosis, o (pasando de puntillas sobre un debate candente que no es tema de este trabajo) la penalización del suicidio asistido o la eutanasia (2).

CONFIDENCIALIDAD

*“Uno no conoce de veras a un hombre
hasta que se pone dentro de su pellejo
y se mueve como si fuera él”*

Matar a un ruiseñor – Harper Lee

El concepto de intimidad personal está directamente relacionado con el de confidencialidad y, relativo a la profesión médica, también con el de secreto profesional. Todos ellos comparten zonas comunes aunque sin ser del todo coincidentes.

La confidencialidad, puede concebirse como la “actitud que se le pide al sujeto conocedor del dato o hecho de la intimidad de la persona”(20) y supone “la obligación del profesional de mantener en secreto cualquier información proporcionada por el paciente, no pudiendo revelársela a un tercero sin su permiso específico”(1). Bertran et ál. lo describen como el “derecho de las personas a que aquellos que hayan entrado en conocimiento de datos íntimos suyos, no puedan revelarlos ni utilizarlos sin su autorización expresa” (5).

El vigente Diccionario de la lengua española define la confidencialidad como: “Cualidad de confidencial”, y a su vez “confidencial” como: “Que se hace o se dice en la confianza de que se mantendrá la reserva de lo hecho o lo dicho”. Según el mismo diccionario, “confidencia” (del latín *confidentia*) es una revelación secreta y la confianza estrecha e íntima(4).

Por su parte María Moliner en su Diccionario de uso del español la define como: “Acción de comunicar algo a alguien reservadamente o en secreto”(3).

Intimidad y confidencialidad comparten el hecho de ser lo opuesto a lo público. Sin embargo, son intrínsecamente diferentes en un aspecto muy importante: mientras

INTRODUCCIÓN

intimidad hace referencia a una sola persona, la confidencialidad abarca necesariamente una relación entre al menos dos personas, una de las cuales descubre información íntima a la otra, con el compromiso (explícito o tácito), de que la información desvelada no va a ser revelada. Esta renuncia a la intimidad personal es la condición *sine qua non* para que se dé la relación de confidencialidad, basada en la confianza. Se renuncia a la intimidad porque la confidencialidad está asegurada (2).

Intimidad y confidencialidad quedan por tanto ligados, y ambos establecen una proporcionalidad directa con el secreto profesional, ya que cuanto más íntimo sea el dato, se precisará mayor grado de confidencialidad y mayor obligación de mantener el secreto profesional. Porque, en palabras de Sánchez-Carazo, “aquello que el médico no puede comunicar y debe guardar es más que el nombre de la enfermedad, el paciente desvela su sufrimiento, su cuerpo débil, su intimidad” (20).

En el ámbito médico es frecuente confundir secreto y confidencialidad y utilizarlos como sinónimos, y sin embargo presentan diferencias conceptuales significativas. Podría decirse que la confidencialidad se construye desde la perspectiva del paciente, que es el que califica como confidenciales los datos revelados que no desea que se divulguen sin su consentimiento, y cuya protección está regulada en varias leyes. Este derecho a la confidencialidad protege el uso, por un tercero no autorizado, de esa información íntima. El secreto, en cambio, parte del punto de vista del médico, cuya obligación profesional asumida le posiciona en la obligación de mantener la reserva sobre todo aquello de lo que tenga conocimiento por razón o durante el ejercicio de su profesión. Esta actitud se contempla con detalle en el Código Deontológico. La confidencialidad, es un concepto relativamente reciente. No es hasta los siglos XVIII y XIX cuando empieza a considerarse como un derecho del paciente y un deber de la institución a partir el reconocimiento de los derechos al honor y a la libertad de conciencia, y el vocablo no aparece en la lengua española hasta los trabajos preparatorios de la Constitución de 1978. El secreto médico por el contrario viene recogido en el Juramento Hipocrático del siglo IV a.C., pero entonces era considerado como un deber del buen profesional, una exigencia del buen hacer, y no estaba estrechamente unido a un derecho del paciente. El paciente no tenía

INTRODUCCIÓN

derecho a la confidencialidad de sus datos íntimos, y era el médico el que decidía qué cosas debían permanecer en secreto y cuáles no.

Esta evolución del deber de secreto correlativo al derecho del paciente hace que el secreto médico tal como se entendía en la antigüedad difiera de la concepción actual. Ahora es el interesado el que decide qué datos de los revelados el profesional puede comentar y cuáles no. Más que de secreto profesional propiamente dicho, habría que hablar en aquel tiempo de “deber de reserva” o “deber de sigilo”. “Sigilo”, que procede del vocablo latino *sigillum* cuyo significado es sello, referente al sello que se colocaba sobre el lacre o la cera para cerrar las cartas y documentos secretos. Romper el sello, romper el sigilo, dejaba al descubierto su íntimo contenido (16).

Dice Javier Sánchez Caro: “El secreto profesional ya no se conceptúa sólo como un deber del profesional, sino como un derecho del ciudadano. Se trata así de uno de los derechos-deberes ya que es un derecho que genera en los profesionales un deber específico”(21). Y en la misma línea, Diego Gracia escribe: “Ahora el profesional tiene un deber porque el paciente tiene un derecho. La diferencia es fundamental, y será el paciente y no el profesional quien diga qué datos pueden ser divulgados y cuáles no”(22).

Sin embargo la evolución no ha acabado ahí. En las últimas décadas los datos relativos a la sexualidad, al cuerpo, a la salud y a la enfermedad se han considerado datos “sensibles” que precisan de una “especial precaución” (5), al afectar a lo más íntimo y propio de los seres humanos y en la medida en que pueden fomentar la discriminación o causar perjuicios de especial gravedad a los titulares de los mismos. Esta calificación, que afecta a los datos sanitarios, para los que se requiere extremar la precaución, es en parte consecuencia del gran avance tecnológico que ha vivido la medicina occidental, y que puede facilitar el acceso indebido y con ello hace más vulnerable datos relacionados con la intimidad personal.

INTRODUCCIÓN

Sería interesante poder definir de forma concisa el tipo de datos médicos o de salud que, revelados durante la actividad asistencial, deben quedar amparados por la confidencialidad y el secreto profesional.

La legislación española no define explícitamente el término “dato médico”. El Tribunal Constitucional no los nombra directamente cuando define los datos personales como: “Aquellos datos que identifiquen o permitan la identificación de la persona, pudiendo servir para confeccionar un perfil ideológico, racial, sexual, económico o de cualquier otra índole o que sirvan para cualquier otra utilidad que en determinadas circunstancias constituya una amenaza para el individuo” (23). Si que hace referencia a ellos la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, que los califica de datos especialmente protegidos aunque sin describirlos, considerándolos como datos que presentan una vulnerabilidad especial (al igual que otros como los referentes a la vida sexual, origen racial o étnico, opiniones políticas, convicciones religiosas...)(24).

Según expresa Sánchez Carazo, los datos de salud serían “*todos aquellos datos de carácter personal que indiquen la situación de salud o enfermedad del individuo*”(25), es decir, todos aquellos datos que describan la salud o tengan relación con la salud del individuo, aunque sean tratados en ámbitos no puramente sanitarios.

Sin embargo, a pesar de no estar claramente definidos en el derecho interno, la doctrina se decanta por un concepto amplio y abierto en línea con el derecho comunitario, donde se han definido como “todos los datos de carácter personal relativos a la salud de la persona. Afecta igualmente a datos manifiesta y estrechamente relacionados con la salud, así como con las informaciones genéticas” (26). Un concepto más estricto excluiría informaciones que inciden sobre la salud de la persona, generando una situación de indefensión(27).

SECRETO MÉDICO

*“Si quieres que tu secreto sea guardado,
guárdalo tu mismo”*

Séneca

El Diccionario de la lengua española (2017) define el secreto como aquella “Cosa que cuidadosamente se tiene reservada y oculta” (4), haciendo referencia a lo que debe mantenerse separado de la vista y del conocimiento de los demás. Bajo este concepto genérico se engloban diferentes acepciones (28,29):

- el **secreto natural**, que abarca todo aquel conocimiento sobre otra persona que el sentido común y mínima prudencia entienden que no debe revelarse por la posibilidad de acarrear daño al otro,
- el **secreto prometido**, en virtud del cual el que lo recibe se compromete a no desvelarlo,
- el **secreto confiado**: aquel secreto que se revela por algún motivo que obliga a hacer partícipe a quien lo recibe de una confidencia necesaria, y sobre la promesa previa (explícita o tácita) de que la información desvelada será utilizada únicamente para la finalidad para la que se reveló.

El concepto de secreto confiado es el que se aplica al secreto profesional, que es definido en el Diccionario de la lengua española como el “deber que tienen los miembros de ciertas profesiones, como los médicos, los abogados, los notarios, etc., de no revelar los hechos que han conocido en el ejercicio de su profesión” (4). Gisbert Calabuig lo define como “la obligación debida a las confidencias que el médico recibe de sus clientes, como médico, hechas con vista a obtener cualquier servicio de los que integran esta profesión” (30). Sin embargo, en una concepción más amplia, muchos autores sostienen que este

INTRODUCCIÓN

deber de reserva no debe aplicarse exclusivamente a la información obtenida directamente del paciente, sino a toda aquella que se conozca durante el ejercicio profesional o aún fuera del mismo. Así también puede definirse como el “compromiso que adquiere el médico ante el paciente y la sociedad de guardar silencio sobre toda la información que llegue a conocer sobre el paciente en el curso de su actuación profesional” (31,32).

En el campo médico, el aspecto del secreto médico se remonta al Siglo IV a.C., siendo señalado de forma explícita en el Juramento Hipocrático. El Juramento Hipocrático (cuya autoría se atribuye a Hipócrates, médico griego considerado el padre de la medicina occidental), constituye un juramento público que realizan los médicos recién licenciados previamente a comenzar a tratar pacientes, formando parte del acto de graduación de cientos de facultades de medicina de todo el mundo. Se considera el primer texto de ética médica y la base sobre la que se desarrolla la misma, y constituye un estándar moral que resume el compromiso que asume la persona que decide curar al prójimo, con el paciente y con la comunidad médica.

Juro por Apolo, médico, por Asclepio, Higía y Panacea y pongo por testigos a todos los dioses y diosas, de que he de observar el siguiente juramento, que me obligo a cumplir en cuanto ofrezco, poniendo en tal empeño todas mis fuerzas y mi inteligencia.

Tributaré a mi maestro de Medicina el mismo respeto que a los autores de mis días, partiré con ellos mi fortuna y los socorreré si lo necesitare; trataré a sus hijos como a mis hermanos y si quieren aprender la ciencia, se la enseñaré desinteresadamente y sin ningún género de recompensa.

Instruiré con preceptos, lecciones orales y demás modos de enseñanza a mis hijos, a los de mi maestro y a los discípulos que se me unan bajo el convenio y juramento que determine la ley médica, y a nadie más.

INTRODUCCIÓN

Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa según mis facultades y a mi entender, evitando todo mal y toda injusticia. No accederé a pretensiones que busquen la administración de venenos, ni sugeriré a nadie cosa semejante; me abstendré de aplicar a las mujeres pesarios abortivos.

Pasaré mi vida y ejerceré mi profesión con inocencia y pureza. No ejecutaré la talla, dejando tal operación a los que se dedican a practicarla.

En cualquier casa donde entre, no llevaré otro objetivo que el bien de los enfermos; me libraré de cometer voluntariamente faltas injuriosas o acciones corruptoras y evitaré sobre todo la seducción de mujeres u hombres, libres o esclavos.

Guardaré secreto sobre lo que oiga y vea en la sociedad por razón de mi ejercicio y que no sea indispensable divulgar, sea o no del dominio de mi profesión, considerando como un deber el ser discreto en tales casos. Si observo con fidelidad este juramento, séame concedido gozar felizmente mi vida y mi profesión, honrado siempre entre los hombres; si lo quebranto y soy perjuro, caiga sobre mí la suerte contraria.

El Juramento Hipocrático hace referencia a varias divinidades de la mitología griega. Apolo, dios de las artes, inventor del arte de curar y médico de los dioses; Asclepio, que posteriormente sería latinizado como Esculapio por los romanos, hijo de Apolo y de la mortal Coronis; y las hijas de Asclepio, Higía (cuyo nombre perdura en la palabra “higiene”) y Panacea, desde entonces considerado como el medicamento capaz de curar todas las enfermedades.

Según la mitología griega, Apolo deja embarazada a la mortal Coronis, que ya estaba comprometida en matrimonio. A pesar de todo Coronis se casa con su prometido Ischys. Un cuervo, antes de pelaje blanco, es el que, no respetando el secreto, le anuncia a Apolo la infidelidad de su amada. Apolo enfurecido mata a Ischys y a Coronis, y castiga al cuervo blanco trasformándolo en negro. Antes de que muera Coronis, Apolo extrae de su cuerpo a su hijo no nacido, a quien llama Asclepio, y se lo entrega al Centauro Quirón

INTRODUCCIÓN

para que le enseñe a sanar las enfermedades del hombre. Asclepio se convierte en un reconocido médico, llegando a resucitar a los muertos, atrevimiento que enfada a su abuelo Zeus, que mata a Asclepio fulminándolo con un rayo. A partir de entonces los hombres ascendieron al médico a la categoría de dios olímpico, y el bastón de Asclepio con una serpiente enrollada, ha pasado a ser el símbolo universal de la medicina y de los médicos (33,34).

La historia del cuervo blanco que se vuelve negro refleja las consecuencias de no mantener un secreto (35).

Son muchas las versiones que existen sobre el Juramento Hipocrático. El Juramento original, escrito en griego, consta de 8 párrafos. El séptimo de ellos es el dedicado a la obligación del médico a la reserva debida sobre la información íntima del paciente que haya conocido con motivo de su profesión(36). En su traducción textual al castellano se describe como: *“Todo lo que vea y oiga en el ejercicio de mi profesión, y todo lo que supiere acerca de la vida de alguien, si es cosa que no debe ser divulgada, lo callaré y lo guardaré con secreto inviolable”*(37). Existe una traducción clásica que desarrolla el texto en los siguientes términos: *“Guardaré secreto sobre lo que oiga y vea en la sociedad por razón de mi ejercicio y que no sea indispensable divulgar, sea o no del dominio de mi profesión, considerando como un deber el ser discreto en tales casos”*(38). Asimismo se desarrolló una versión del Juramento Hipocrático en la Convención de Ginebra del año 1948. En este caso, con una redacción más corta sintetiza la esencia de la idea: *“Respetaré el secreto de quien haya confiado en mí”*(39). Es muy famosa también la versión redactada en el año 1964 por el Doctor Louis Lasagna, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tufts, que en su traducción al castellano de este párrafo describe *“Respetaré la privacidad de mis pacientes, pues no me confían sus problemas para que yo los desvele”*(40). Por último reseñar la versión del mismo párrafo que consta en el Código de Deontología Médica vigente en la actualidad: *“Y si en mi práctica médica, o aún fuera de ella, viviese u oyere, con respecto a la vida de otros hombres, algo que jamás deba ser revelado al exterior, me callaré considerando como secreto todo lo de este tipo”*(15).

INTRODUCCIÓN

La asistencia sanitaria ha pasado de ser un acto claramente individual (donde la relación era casi exclusiva con un único médico) a una medicina necesariamente pluridisciplinar, donde intervienen varios profesional de niveles asistenciales diferentes. Todo ello, junto con el registro sistemático de las patologías del paciente y la reciente generalización de la informatización de los datos sanitarios, ha generado un escenario donde los datos íntimos revelados por el paciente están accesibles de forma más sencilla y para mayor número de profesionales.

A consecuencia de todo ello se puede distinguir entre el secreto médico compartido y el derivado (41). Se entiende por secreto médico compartido la obligación de no revelar los datos conocidos del paciente para aquellos profesionales que están implicados, directa o indirectamente, en la atención sanitaria al enfermo junto con el médico responsable. Es el caso de otros médicos especialistas, enfermeros, trabajadores sociales, etc. El secreto médico derivado abarca a todos aquellos que, no siendo sanitarios, colaboran con la organización y mantenimiento del centro asistencial, como administrativos, técnicos o auxiliares, y por ello pueden tener conocimiento de datos de carácter confidencial.

Surge de manera implícita un concepto fundamental que se sitúa entre la confidencialidad de los datos íntimos y el deber de secreto profesional compartido o derivado: el de confidente necesario. Se considera como tal todo aquel que queda justificado para conocer datos confidenciales de un paciente o usuario por ser su colaboración necesaria para asegurar la atención sanitaria (31,42,43). Dicho de otra manera, el acceso a los datos del paciente corresponde exclusivamente a aquellos que los necesitan y que sin los cuales no podrían realizar su labor asistencial. Estar bajo el deber de secreto es la segunda condición sobre el sigilo de los datos íntimos. La primera es necesitarlos, y el simple hecho de pertenecer a un colectivo profesional con obligación de reserva no justifica por sí solo la solicitud ni el acceso a información confidencial de un paciente(44).

INTRODUCCIÓN

Como ya se ha comentado, el deber de secreto en un elemento inherente en la relación clínica entre el médico y el paciente. Sin embargo, hay discrepancia respecto a la interpretación de este deber(2,31,45).

Por un lado, hay partidarios de entender el secreto médico como un deber absoluto. De esta forma no se quebrantará el deber de reserva bajo ninguna circunstancia. El argumento se basa en que el profesional accede a los datos íntimos del paciente en cuanto a su condición de confidente necesario, y la posibilidad de que existan circunstancias bajo las cuales el facultativo puede romper el secreto y revelar datos confidenciales es un obstáculo para mantener una adecuada relación con el paciente. Se equipara, por tanto, con el secreto de confesión. Esta concepción tuvo muchos seguidores en Francia en el siglo XIX a raíz del famoso caso Watelet (46). Este médico francés escribió en diciembre de 1884 una carta a la revista médica *Le Matin* intentando contrarrestar algunos cargos relacionados con el modo en el que trató a un paciente. A pesar de que quedó confirmado que el doctor con su carta no mostraba ninguna intención de generar daño, más bien de explicar la situación por la cual había sido acusado públicamente, fue condenado por el tribunal de primera instancia y posteriormente la pena fue ratificada por la Corte Suprema en 1885, por revelación de datos con interés personal. A día de hoy, la concepción como un deber absoluto es minoritaria y no es aceptada por ninguna norma legal.

Por otro lado la doctrina del secreto médico relativo contempla la aplicación no tan rigurosa del mismo e impide una total inmunidad. Entiende el secreto como base necesaria para la correcta relación clínica entre el profesional y el paciente, asegurando el respeto a la intimidad de la persona, pero con necesarios límites o excepciones, como cuando existe autorización del paciente, si el mantenimiento del mismo produce un serio perjuicio para otra persona o para la sociedad, o por imperativo legal. Algunos autores se remontan a la versión en latín del Juramento Hipocrático para argumentar que de ella se atisba la posibilidad de romper el secreto. "*Quae autem inter curandum, aut auditu no-tavero, et extra medendi arenam in communi hominum vita percepero quae non decet enuntiare, silentio involvam*"; el médico no debe mantener el secreto sobre todo lo que ve, escucha o

INTRODUCCIÓN

comprende, sino sólo *sobre lo que no deba darse a conocer*, excluyéndose pues aquellas cosas que podrían dañar el mejor interés del paciente y traer prejuicio a la colectividad (46).

No sería completo un análisis sobre el deber de secreto en la profesión médica si no se contemplan tres puntos de vista independientes y complementarios: el marco ético, el marco deontológico y el marco legal. Cada uno de ellos aporta un enfoque propio, cuya integración permite una concepción más completa del tema. De igual manera, este análisis tridimensional permite definir mejor las circunstancias y los motivos que pueden llevar a la vulneración del nivel de secreto, así como sus posibles consecuencias.

FUNDAMENTOS DEL DEBER DE SECRETO

MARCO ÉTICO

A veces, Amador, tengo ganas de contarte muchas cosas. Me las aguanto, estate tranquilo, porque bastantes rollos debo pegarte ya en mi oficio de padre como para añadir otros suplementarios disfrazado de filósofo. Comprendo que la paciencia de los hijos también tiene un límite. Además, no quiero que me pase lo que a un amigo mío gallego que cierto día contemplaba pacíficamente el mar con su chaval de cinco años. El mocoso le dijo, en tono soñador: «Papi, me gustaría que saliéramos mamá, tú y yo a dar un paseo en una barquita, por el mar. » A mi sentimental amigo se le hizo un nudo en la garganta, justo encima del de la corbata: «¡Desde luego, hijo mío, vamos cuando quieras!» «Y cuando estemos muy adentro -siguió fantaseando la tierna criatura- os tiraré a los dos al agua para que os ahoguéis.» Del corazón partido del padre brotó un berrido de dolor: «¡Pero, hijo mío ... !» «Claro, papi. ¿Es que no sabes que los papás nos dais mucho la lata?»

Fin de la lección primera

Ética para Amador – Fernando Savater

El primer documento ético que recoge el deber de guardar los datos obtenidos de la relación clínica data del año 1803, fue escrito por el doctor Thomas Percival y se considera el primer código moderno de ética médica. Establece que “un médico no debe revelar las confidencias a él reveladas en el ejercicio de su profesión salvo que sea requerido por la ley o sea necesario para proteger el bienestar de la persona o de la comunidad” (47). Si bien hasta el siglo XIX no se recogía por escrito, es inherente a la profesión médica mantener el secreto sobre todo aquello conocido a través de su

INTRODUCCIÓN

profesión. Históricamente la relación entre un médico y su paciente se ha entendido desde un ambiente de confianza que permite la revelación de datos íntimos. Esto se sustenta en cuatro argumentos éticos: la autonomía personal, la existencia de un pacto implícito en la relación clínica, la confianza social en la reserva de la profesión médica y la lealtad debida al paciente (31,44,48).

- El **respeto a la autonomía del paciente** es, para algunos autores, el motivo fundamental del deber de secreto. Se basa en el argumento de que sin secreto no hay confidencialidad, y sin ésta el paciente pierde su intimidad, es decir, su propia identidad. Cabe recordar que existe una relación entre el derecho a la confidencialidad por parte del paciente y el deber del médico de no divulgar la información, y en este contexto la autonomía se ejerce siendo el titular de la información el que decide qué datos deben ser reservados. No corresponde al facultativo ni a ningún otro confidente necesario juzgar qué es importante o no para la vida del sujeto y decidir qué información puede divulgarse o por el contrario debe protegerse.
- Otra razón ética es la **confianza social en la reserva de la profesión médica**. Se considera una justificación utilitarista del deber de secreto, en cuanto que es útil (e imprescindible) para una correcta actuación médica que exista un adecuado ambiente de confidencialidad en el que el paciente pueda revelar sin miedo sus datos íntimos, y así permitir al profesional disponer de la información pertinente para la realización de su labor asistencial.
- La **existencia de un pacto implícito en la relación clínica** se entiende como el compromiso tácito del médico con el paciente que, aunque extracontractual, constituye un verdadero pacto de intercambio de información a cambio de una actividad clínica. El médico no tiene derecho a revelar información porque no es suya, sino que pertenece al paciente.

INTRODUCCIÓN

- La última razón que justifica el deber de secreto es la **lealtad** que debe el profesional sanitario al paciente, haciendo uso de la información confidencial exclusivamente para la finalidad para la que fue recabada. Se entiende que este argumento ético es el más exigente de los cuatro, y probablemente el más difícil de determinar mientras no haya una definición clara de la finalidad de los datos, el contexto en la que ésta se explica y sus límites.

En situaciones que produzcan un dilema ético sobre la conveniencia o no de romper el deber de secreto, siempre conviene procurar que sea el paciente el que revele la información o quien autorice para hacerlo. Sin embargo hay tres situaciones en las que se entiende que puede no ser contrario a una buena práctica ética la revelación de secreto (17,42,49):

1. **Para evitar un daño a otras personas.**

Las normas morales obligan a actuar ante el conocimiento del inminente daño a un tercero. Sin embargo, en la relación clínica entre el médico y el paciente la información no pertenece al primero, por lo que a priori no está autorizado a divulgarla. La posibilidad de evitar un daño a una tercera persona concreta (no a terceras personas en general) es, bien medido, el argumento más sólido para divulgar información confidencial.

En base al principio de autonomía, no habría tal divulgación si el paciente autorizara explícitamente al sanitario a revelar la información. Si no fuera el caso, se acepta la indiscreción con el argumento de que no hay obligación de respetar la autonomía de quien la utiliza para perjudicar a otros. Esto se explica con los enfoques éticos de máximos y mínimos, entendiendo que los deberes éticos de máximos deben buscarse en la medida en que no se vulneren los deberes éticos mínimos. Los deberes de autonomía y beneficencia estarían pues supeditados a poder asegurar los principios de justicia y no maleficencia. En base a estos

INTRODUCCIÓN

principios se justificaría el sacrificio de la autonomía con el amparo de asegurar la no maleficiencia evitando un daño grave a una tercera persona concreta.

La confianza social en los médicos, si bien no justifica el secreto absoluto, es un argumento sólido para los que piensan que casi bajo ningún concepto debe romperse la relación de intimidad que permite una correcta relación médica (50). Sin embargo, desde una perspectiva ética no se incluye la posibilidad de que con la discreción del profesional pueda perjudicarse a terceras personas.

El compromiso que adquiere el profesional con el paciente no se sostiene como argumento de la reserva de sigilo, ya que ningún médico aceptaría un pacto con un enfermo que implique permitir que se produzcan daños a terceras personas.

Por último el argumento de lealtad se desarma en cuanto que, en conocimiento de un acto delictivo, la lealtad deja de serlo para transformarse en complicidad. La lealtad es exigible en la medida que es para hacer el bien. Ningún médico debe sentirse obligado a mantener el secreto médico cuando es conocedor de una información que con alta probabilidad puede producir daño a alguien.

Siguiendo en el mismo supuesto de revelación de secreto médico para evitar daños sobre terceras personas, Beauchamp y Childress (16,18) proponen una herramienta de valoración de las consecuencias teniendo en cuenta, en una tabla de 2x2, la probabilidad de que se produzca el daño (alta o baja) frente a la magnitud del mismo (mayor o menor) (Tabla 1).

Tabla 1. Propuesta de Beauchamp y Childress para la toma de decisiones en caso de conflicto de intereses

		Magnitud del daño	
		MAYOR	MENOR
Probabilidad del daño	ALTA	a	b
	BAJA	c	d

De esta manera, un daño importante con una probabilidad alta de que se produzca (situación a) le resta obligatoriedad al deber de secreto, mientras que la baja probabilidad de que se produzca un daño de cuantía menor (situación d) orienta a un escenario donde se respete el deber de confidencialidad. La dificultad sobreviene en las ocasiones en que se trate de una probabilidad baja de que ocurra un evento de magnitud mayor (situación c) o que haya alta probabilidad de que se produzca una circunstancia de magnitud menor (situación b). En estos casos los autores recomiendan un análisis pormenorizado de la situación para, con la prudencia debida, poder tomar la decisión más adecuada.

2. Para evitar un daño al propio paciente.

El análisis desde el respeto a la autonomía del paciente en este contexto obliga a preguntarse y analizar si el paciente efectivamente lo es. Clásicamente se describen cuatro características que definen la autonomía: la capacidad (en el ámbito médico) o la competencia (en el ámbito jurídico) para tomar decisiones, la comprensión de la situación y sus circunstancias, la voluntariedad entendida como ausencia de coacción, persuasión o manipulación, y la autenticidad, de modo que el acto a realizar sea coherente con su escala de valores (18). Podría estar justificado revelar información de un paciente (por ejemplo a un familiar) si en este momento no podemos considerarlo autónomo y existe un riesgo real de que pueda perjudicarse a sí mismo. Si por el contrario el paciente puede considerarse autónomo, se confrontaría este principio con el principio de no maleficencia, dando prioridad a la ética de mínimos sobre la de máximos. Del mismo modo que en el caso anterior, podría aplicarse la tabla de contingencia propuesta por Beauchamp y Childress sin olvidar que podemos conculcar la autonomía de un paciente para evitar un mal sobre él mismo (principio de no maleficencia) pero

INTRODUCCIÓN

no para proporcionarle un bien sin su consentimiento (principio de beneficencia).

Más difícil es el análisis desde el compromiso implícito con el paciente, ya que no está claro que la falta de autonomía sea óbice para no mantener el sigilo.

Desde el punto de confianza social hacia el médico parece que está aceptada la revelación de secreto si es el único medio para proteger la salud o la vida del paciente, aun cuando éste tenga autonomía suficiente para tomar una decisión que le perjudica.

El análisis desde la lealtad se argumenta de la misma forma que el punto anterior. Ésta es exigible mientras la decisión del paciente sea hacer el bien, pero pierde su identidad y deja de ser lealtad si la consecuencia es que el paciente realice un acto maleficente sobre sí mismo, dejando de ser lealtad para convertirse en complicidad.

3. Por imperativo legal.

El punto de vista ético no siempre justifica la revelación de información confidencial por parte del facultativo por exigencia legal. En el ejercicio de su profesión, el profesional médico puede tener conocimiento de la comisión de un delito o ser llamado por un juez para declarar en un proceso judicial entre otras situaciones, siendo legalmente exigible la colaboración. La autonomía del paciente, la confianza social en la reserva del médico, el pacto con el paciente y la lealtad quedan en un segundo plano ante el requerimiento legal de vulneración del secreto. Así, proponiendo un curso de acción intermedio, se plantea que el contenido de la declaración se limite a los datos objetivos y relevantes para el objeto judicial, y justificado por un interés público mayor.

El análisis sobre las consideraciones éticas de autonomía, confianza social en el médico, el pacto con el paciente y la lealtad en la resolución de dilemas sobre la confidencialidad y el

INTRODUCCIÓN

deber de secreto, puede ser poco operativo. Otro modo de fundamentación que facilita la disquisición es la propuesta formulada por Gisbert Calabuig. Consiste en dos preguntas que ponderan el peso de los principios éticos que entran en juego y considera la jerarquía que hay entre ellos. La llamada ética de mínimos comprende los principios universales, que son siempre exigibles y previos a la relación médico-paciente: la no maleficencia y la justicia. Por el contrario, la ética de máximos comprende los principios particulares que rigen la relación médico-paciente: la beneficencia y la autonomía. La ética de mínimos es innegociable y hace posible la ética de máximos. El deber de confidencialidad y el secreto médico, en base a que es el paciente el que tiene la potestad de definir qué datos considera sensibles, se basa en la autonomía del paciente. Y ésta debe ser respetada siempre que se garanticen los principios mínimos, de justicia y no maleficencia (30,51).

- a) Al revelar el secreto, ¿se evita un daño sobre el paciente? Una respuesta afirmativa podría justificar revelarlo apoyándose en el principio de no maleficencia incluso a pesar del principio de autonomía del paciente.
- b) Al revelar el secreto, ¿se evita un riesgo social real? Si esta posibilidad es cierta y no solo probable, el principio de justicia justificaría revelar el secreto. En esta formulación hay que situarse en la posibilidad de evitar un riesgo, no de procurar un bien, ya que de la forma contraria se estaría considerando el principio de beneficencia jerárquicamente superior al principio de autonomía.

MARCO DEONTOLÓGICO

¿Quieres ser médico, hija mía? ¿Has pensado bien en lo que ha de ser tu vida? Tendrás que renunciar a la vida privada, tu puerta quedará siempre abierta a todos, a toda hora del día. Los ricos te tratarán como una esclava encargada de remediar sus excesos. No podrás desechar a los fastidiosos. El malhechor tendrá tanto derecho a tu asistencia como el hombre honrado. Prolongarás vidas nefastas, y el secreto de tu profesión te prohibirá impedir crímenes de los que serás testigo. No cuentes con agradecimiento: cuando el enfermo sana, la curación es debida a su robustez; si muere, tú eres la que lo ha matado. No cuentes con que ese oficio tan penoso te haga rica. Verás lo más feo y repugnante que hay en la especie humana. Te llamarán por un hombre que, molestado por dolores de vientre, te presentará un bacín nauseabundo, diciéndote, satisfecho: gracias a que he tenido la precaución de no tirarlo. En la calle, en los banquetes, en el teatro, tus amigos, tus allegados, te hablarán de sus males para pedirte un remedio. El mundo te parecerá un vasto hospital. Te será difícil conservar una visión consoladora del mundo. Descubrirás tanta fealdad bajo las más bellas apariencias, que toda la confianza en la vida se derrumbará, y todo goce será emponzoñado.

Piénsalo bien mientras estás a tiempo. Pero si, indiferente a la fortuna, a los placeres, a la ingratitud, si sabiendo que te verás sola entre las fieras humanas, tienes un alma lo bastante estoica para satisfacerse con el deber cumplido sin ilusiones; si te juzgas pagada lo bastante con la dicha de una madre, con una cara que sonríe porque ya no padece, con la paz de un moribundo; si ansías conocer al hombre, penetrar todo lo trágico de su destino, ¡hazte médico, hija mía!”.

Los consejos de Esculapio a su hija – Autor desconocido (siglo II a.C.)

Los códigos deontológicos recogen las normas o valores que asumen los profesionales y que establecen los criterios para un correcto desarrollo de la profesión que ejercen. Estos deberes guían a los colectivos profesionales en el comportamiento más adecuado desde una perspectiva ética.

INTRODUCCIÓN

El primer código de ética médica nace de las deliberaciones de los Juicios de Núremberg, en agosto del año 1947 (52,53). Durante ellos fueron condenados 16 médicos alemanes por los experimentos médicos llevados a cabo durante el nazismo y la Segunda Guerra Mundial, por los gravísimos atropellos sobre los derechos humanos. Se formularon entonces 10 puntos que definían la investigación médica legítima, que constituyen el **Código de Núremberg**(54):

1. *Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano.*
2. *El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar.*
3. *Basados en los resultados de la experimentación animal y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otros problemas en estudio, el experimento debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo.*
4. *El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.*
5. *Ningún experimento debe ser ejecutado cuando existan razones a priori para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave, excepto, quizás en aquellos experimentos en los cuales los médicos experimentadores sirven como sujetos de investigación.*
6. *El grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resuelto por el experimento.*
7. *Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte.*
8. *El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Debe requerirse el más alto grado de destreza y cuidado a través de todas las etapas del experimento, a todos aquellos que ejecutan o colaboran en dicho experimento.*

INTRODUCCIÓN

9. *Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo.*
10. *Durante el curso del experimento, el científico a cargo de él debe estar preparado para terminarlo en cualquier momento, si él cree que en el ejercicio de su buena fe, habilidad superior y juicio cuidadoso, la continuidad del experimento podría terminar en un daño, incapacidad o muerte del sujeto experimental.*

Se produjo entonces un cambio profundo en la concepción del enfermo, al que se pasa a considerar como un sujeto y no como un objeto. Sobre esta concepción de paciente-sujeto con derecho de decisión sobre sí mismo se desarrolla el articulado legal español y europeo, con nombres tan significativos como Ley de Autonomía del Paciente (55) o Ley de Protección de Datos (24), entre otras. La medicina comienza a entenderse como el arte de cultivar la autonomía de los hombres para que cuiden su propio cuerpo (14).

Si bien la deontología y la ley se correlacionan en su desarrollo y ambas implican un deber de cumplimiento de las normas, difieren en el origen de la exigencia: si la legislación supone una obligación externa, en la deontología la responsabilidad del cumplimiento es asumida por uno mismo. Esta disparidad aparece en el actual Código de Deontología Médica, que data de julio de 2011, en cuyo preámbulo hace mención explícita a que las pautas en él contenidas difieren de las imposiciones (externas) descritas en las leyes (15).

El secreto profesional se trata en profundidad en el **Código Deontológico** dando nombre al capítulo V (15). Éste contiene 5 artículos en los que se desarrolla lo que se entiende por secreto profesional, sus diferentes vertientes (por el ejercicio del trabajo en equipo), las obligaciones en esta materia de los centros sanitarios y las excepciones al deber de secreto. Destacan algunos de los puntos de estos artículos:

INTRODUCCIÓN

- El artículo 27.1 se refiere al secreto médico como uno de los pilares en los que se fundamenta la relación médico-paciente, basada en la mutua confianza.
- El artículo 27.2 especifica que el secreto comporta para el médico la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo aquello que el paciente le haya revelado y confiado, lo que haya visto y deducido como consecuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente, incluyendo el contenido de la historia clínica.
- En el artículo 27.3 se puntualiza que el hecho de ser médico no autoriza a conocer información confidencial de un paciente con el que no se tenga relación profesional.
- El artículo 27.5 niega al médico la posibilidad de colaborar con ninguna base de datos sanitarios si no está garantizada la preservación de la confidencialidad de la información allí depositada.
- El artículo 28.1 se refiere a la responsabilidad del director médico de un centro o servicio sanitario en el establecimiento de los controles necesarios para que no se vulnere la intimidad y la confidencialidad de los pacientes ni la documentación referida a ellos.
- El artículo 29.1 habla del deber de discreción y observancia escrupulosa del secreto derivado o compartido para todos aquellos profesionales, sanitarios o no, que colaboran con el médico responsable.
- El artículo 29.2 recuerda que, en el ejercicio de la medicina en equipo, cada médico tiene el deber y responsabilidad de preservar la confidencialidad del total de los datos conocidos del paciente.
- Se destaca, por su relación directa con el motivo del presente estudio, la redacción del artículo 29.3: *“El médico debe tener justificación razonable para comunicar a otro*

INTRODUCCIÓN

médico información confidencial de sus pacientes”. Este epígrafe es novedoso en la redacción del presente Código Deontológico, y no aparecía reflejado en el anterior del año 1999 ni en los previos. La inclusión de esta premisa, que se relaciona con el concepto de *confidente necesario*, da un paso más en el derecho del paciente a la confidencialidad de sus datos y la obligación de los profesionales de su salvaguarda, restringiendo la difusión de la información incluso a otros profesionales si su conocimiento no es preciso para su correcta labor asistencial. Este neologismo en la deontología española tiene, sin embargo, algo más de recorrido en la normativa de Europa continental, y se desarrolló a partir del siglo XIX admitiendo la pionera doctrina francesa. En ella, para ser “profesional” se exige, además de ejercer de forma pública un oficio (como sinónimo de actuación oficialmente reconocida), la condición de ser *confidente necesario*. Se distingue entre *confidente voluntario* de un secreto, cuya exigencia de sigilo es moral por mantener el honor profesional, y el *confidente necesario*, que adquiere la información porque el paciente necesariamente tiene que compartirla para que el profesional pueda responder a la demanda y cuya obligación de secreto tiene un arraigo mayor (7). A lo mismo se refiere también Romeo Casabona, definiendo a un profesional como la persona que a) realice actos propios de su profesión, b) esté respaldado por un título académico oficial, c) esté dado de alta como colegiado, d) realice su actividad por cuenta propia o ajena, e) que el ejercicio de su profesión le convierta en un *confidente necesario* (56,57).

- En el artículo 30 están reguladas aquellas situaciones en las que, siendo el secreto profesional la regla, no cabe otorgar protección absoluta, considerándose excepciones y constituyendo los límites a la protección de la intimidad. Estas son:
 - a) Las enfermedades de declaración obligatoria.
 - b) Las certificaciones de nacimiento y defunción.
 - c) Si con su silencio el profesional diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo.

INTRODUCCIÓN

- d) Cuando el profesional se vea injustamente perjudicado por mantener el secreto del paciente y éste permita tal situación.
- e) En caso de malos tratos, especialmente a niños, ancianos y discapacitados psíquicos o actos de agresión sexual.
- f) Cuando el sanitario sea llamado por su Colegio Profesional a testificar en materia disciplinaria.
- g) Aunque el paciente lo autorice, el profesional procurará siempre mantener el secreto por la importancia que tiene la confianza de la sociedad en la confidencialidad profesional.
- h) Por imperativo legal:
 - i. En el parte de lesiones, que todo médico viene obligado a enviar al juez cuando asiste a un lesionado.
 - ii. Cuando actúe como perito, inspector, médico forense, juez instructor o similar.
 - iii. Ante el requerimiento en un proceso judicial por presunto delito, que precise de la aportación del historial médico del paciente, se dará a conocer al juez que éticamente está obligado a guardar el secreto profesional y procurará aportar exclusivamente los datos necesarios y ajustados al caso concreto.

A modo de resumen, desde el punto de vista deontológico el secreto profesional es un deber inherente a la profesión médica que abarca cualquier información que el profesional conozca sobre el paciente (no limitada a la que obtenga durante el ejercicio de su profesión), que obliga tanto al facultativo responsable como a todos aquellos

INTRODUCCIÓN

colaboradores que participen en la asistencia, pudiendo compartir con otros médicos sus conocimientos científicos en beneficio del paciente (artículo 38.1) aunque sin diluirse ni desaparecer la responsabilidad deontológica por el hecho de trabajar en equipo (artículo 40.2). En puntuales y especificadas circunstancias se permite (que no se impone) la revelación de datos confidenciales sin el consentimiento previo del interesado, si bien en el mismo artículo se recuerda que incluso con el consentimiento del paciente el facultativo debe procurar preservar el secreto profesional por la importancia de la confianza social en la reserva de la profesión médica. La misma idea se ve reflejada en otros artículos dedicados al manejo de información genética (artículos 58.2 y 58.3), la colaboración como perito en procesos judiciales (artículos 62.2, 62.3 y 62.7), y en deber de cumplimiento de estudiantes y residentes (artículos 63.1 y 63.2). Además, en el artículo 45 se incita a los médicos que prestan su servicio en el Sistema Nacional de Salud a velar y contribuir para que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia y cumplimiento de los principios éticos, a secundar las normas que contribuyan a mejorar la asistencia de los enfermos y a poner en conocimiento de la dirección del centro o el Colegio las deficiencias (no solo de naturaleza ética), que perjudiquen la correcta asistencia.

Fuera ya del articulado deontológico, volviendo a la protección de datos en la esfera sanitaria, se recogen algunos requisitos médicos necesarios para ello en los siguientes principios deontológicos (31,44,58,59):

- **Principio de pertinencia o sobriedad.** Solo conviene recabar la información clínica justa y necesaria para asegurar la correcta atención médica, evitando el registro de datos sensibles que no aporten valor clínico a la historia y que, de divulgarse, podría suponer una significativa intromisión en la intimidad del paciente.
- **Principio de transparencia.** De Cayo Julio César nos trasladó Plutarco la conocida frase “la mujer del César no solo debe serlo, sino parecerlo”. De similar

INTRODUCCIÓN

forma el uso de los datos del paciente no debe ser solo correcto, sino dejar claro que lo es. Más en la época actual, en la que los datos confidenciales se manejan a través de sistemas informáticos dando la falsa (o no) sensación de intangibilidad y dispersión, es conveniente que el paciente conozca qué información está recogida, con qué finalidad, qué uso se le da y quién y en qué condiciones se puede acceder a ella.

Aunque se desarrollará más adelante, en este punto conviene señalar que la Ley Orgánica de Protección de Datos entiende que, confiados los datos a un profesional médico, el uso de los mismos será conforme a sus necesidades médicas. Insiste en la obligación legal del deber de secreto pero anula la necesidad de otorgar un consentimiento específico por parte del paciente sobre la finalidad de los datos, quedando esta decisión a criterio del facultativo responsable (24).

- **Principio de responsabilidad.** Estrechamente relacionado con la máxima hipocrática “*Primum non nocere*”. Se fundamenta en los conceptos deontológicos de la prudencia en el manejo de datos sanitarios sensibles por las consecuencias de un error en este sentido, y la responsabilidad adquirida no desdibujada por el hecho de pertenecer a un equipo pluridisciplinar.
- **Principio de protección universal.** Este principio alude a la concepción global que debe tener la protección de los datos confidenciales del paciente y las medidas de seguridad aplicadas, para todos los usuarios y en todos los centros sanitarios.

MARCO LEGAL

*“Entonces te juzgarás a ti mismo –le respondió el rey–. Es lo más difícil.
Es mucho más difícil juzgarse a sí mismo, que juzgar a los otros.
Si eres capaz de juzgarte rectamente eres un verdadero sabio”.*

El Principito – Antoine de Saint-Exupéry

Los conceptos éticos y los principios deontológicos, y las obligaciones morales inherentes a los mismos, han permanecidos unidos a la profesión médica a través de los tiempos. La evolución histórica desde los sucesos acaecidos de los conceptos de intimidad, confidencialidad y secreto médico, han llevado a una concepción integral del individuo, que se ha transformado desde “objeto paciente” a “sujeto autónomo”. Consecuentemente, se ha puesto de relieve la importancia de proteger estos derechos adquiridos, elaborándose numerosas leyes orgánicas y básicas.

El secreto profesional en el ámbito sanitario es el pilar básico sobre el que se asienta la relación médico-paciente. Desde el punto de vista jurídico, este secreto surge del acuerdo tácito de reserva debida por parte del médico a unos datos íntimos que el paciente desvela por la necesidad de dar a conocer información en la búsqueda de salud. Se apoya en los principios jurídicos que regulan el secreto en sus diferentes aplicaciones, ámbitos y vertientes, que ha ido matizándose legalmente en las diferentes épocas y países. Ateniéndonos a la legislación actual vigente en nuestro país, existen diversidad de leyes y normas de muy distinto rango y en diferentes sectores del ordenamiento jurídico: normativa de ámbito autonómico, legislación estatal (ámbitos administrativo, civil, laboral, procesal y penal), articulado legal en el derecho europeo y en el derecho internacional. Se recogen las más destacadas en la Tabla 2 y Tabla 3(60).

INTRODUCCIÓN

Tabla 2. Normativa relacionada con la intimidad y el secreto profesional

Ámbito internacional	
Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948	
Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los derechos del paciente de 1981	
Ámbito comunitario	
Convenio 108 del Consejo de Europa, de 28 de enero de 1981, sobre la protección de las personas en los que respecta al tratamiento de datos automatizados	
Directiva 95/46/CE del Parlamento europeo y del Consejo de la Unión Europea de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación estos datos	
Directiva 96/9/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de marzo de 1996, sobre protección jurídica de las bases de datos	
Recomendación nº R (97) 5, de 13 de febrero de 1997, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los estados miembros sobre protección de datos médicos	
Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio de Oviedo, 4 de abril de 1997)	
Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio de Oviedo, 4 de abril de 1997)	
Ámbito estatal	
Constitución Española de 1978	
Leyes civiles	Ley 30/1979 sobre extracción y trasplante de órganos
	Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen
	Ley 5/1998, de 6 de marzo, de incorporación al Derecho español de la Directiva 96/9/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de marzo de 1996, sobre la protección jurídica de las bases de datos
	Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida
	Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad
Leyes administrativas	Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública
	Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
	Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos
	Real Decreto 1332/1994, de 20 de junio, por el que se desarrollan determinados

INTRODUCCIÓN

	aspectos de la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal
	Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal
	Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
	Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social
	Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
	Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios
	Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización
	Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia
	Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, que aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal
	Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo
	Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación
	Real Decreto 1275/2011, de 16 de septiembre, por el que se crea la Agencia estatal “Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios” y se aprueba su Estatuto
	Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública
Leyes laborales	Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores
	Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales
	Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud
Leyes procesales	Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal
	Ley 62/1978, de 26 de diciembre, de Protección Jurisdiccional de los Derechos Fundamentales de la Persona
	Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
Derecho penal	Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal

INTRODUCCIÓN

Ámbito autonómico	
Comunidad Autónoma de Madrid	Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid
	Decreto de la Consejería de Justicia y Administraciones Públicas de 67/2003, de 22 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de las funciones de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid y tutela de derechos y de control de ficheros de datos de carácter personal
	Recomendación 2/2004, de 30 de julio, de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, sobre custodia, archivo y seguridad de los datos de carácter personal de las historias clínicas no informatizadas
	Instrucción de 21 de enero de 2010, de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, por la que se regula la tramitación de los expedientes administrativos con ocasión de procedimientos de exigencia de responsabilidad patrimonial por daños derivados de la asistencia sanitaria en el Servicio Madrileño de Salud
	Orden 625/2010 de 21 de abril, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, por la que se regula los procedimientos para el reconocimiento de la situación de la dependencia y para la elaboración del Programa Individual de Atención
	Instrucción de 31 de mayo de 2010, de la Directora General de Atención Primaria para la emisión del Informe sobre el Estado de Salud y de Continuidad de Cuidados, de los usuarios del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid por parte de los profesionales de los Servicios de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud
Resto de Comunidades Autónomas	Orden 491/2013, de 27 de junio, por la que se aprueba la política de seguridad de la información en el ámbito de la Administración Electrónica y de los sistemas de información de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid
	Decreto 56/1988, de 25 de abril, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula la obligatoriedad de la Historia Clínica
	Decreto 45/1998, de 17 de marzo, por el que se establece el contenido y se regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos del Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias Clínicas Hospitalarias
	Ley 21/2000, de 29 de diciembre, de la Comunidad Autónoma de Cataluña, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica
	Ley 3/2001, de 28 de mayo, de la Comunidad Autónoma de Galicia, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes
	Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura
	Ley 1/2003, de 28 de enero, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana

INTRODUCCIÓN

Ley 3/2005, de 8 de julio, de la Comunidad Autónoma de Extremadura, de información sanitaria y autonomía del paciente.
Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra

Tabla 3. Contenido de las referencias legales

LEY	Definición de dato personal	Definición de dato sanitario o de salud	Intimidad	Confidencialidad	Secreto profesional	Finalidad de los datos	Sanciones
Consejo 108		✓					
Recomendación n° R (97) 5	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Convenio de Oviedo			✓				✓
Reglamento 2016/679	✓	✓		✓	✓	✓	✓
Constitución Española			✓		✓		✓
Ley Orgánica 1/1982 de protección del derecho al honor			✓		✓		✓
Ley General de Sanidad			✓	✓			
Ley Orgánica de Protección de Datos	✓		✓		✓	✓	✓
Real Decreto 1720/2007 por el que se desarrolla la Ley de Protección de Datos		✓	✓		✓	✓	✓
Ley de Autonomía del Paciente			✓	✓			
Ley del Estatuto Marco			✓	✓	✓		✓
Ley de Enjuiciamiento Criminal					✓		✓
Ley de Enjuiciamiento Civil					✓		✓
Código Penal					✓		✓
Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid			✓	✓	✓		✓

Sin embargo, a pesar de este articulado legal, el secreto profesional no está tratado en profundidad por el legislador. Como se muestra a continuación, las leyes de mayor rango instan a un desarrollo posterior de legislación específica en esta materia, desarrollo que todavía no se ha producido. De este modo no existe una regulación propia que determine el alcance y los límites del secreto profesional, no estando garantizado de modo fehaciente la protección de la intimidad del paciente (60).

A continuación se resume el contenido de algunas de ellas.

ÁMBITO INTERNACIONAL

Son numerosos los tratados y convenios internacionales que han regulado el tema de la inviolabilidad de la esfera personal, y que han pasado a formar parte del ordenamiento jurídico español.

En este sentido destaca la **Declaración Universal de Derechos Humanos**. Este documento, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 1948, recoge por primera vez en 30 artículos los derechos humanos considerados básicos y que deben protegerse en todo el mundo. Constituye la base de la redacción de abundante articulado legal en muchos países.

Relativo a la intimidad destaca el artículo 12, donde se recoge *“Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques”* (61).

También trascendente resulta la **Declaración de Lisboa sobre los derechos del paciente**. Esta declaración ha sido adaptada, enmendada y revisada hasta en tres ocasiones, la última en octubre de 2005. El octavo de los principios alude al derecho al secreto, señalándose que *“Toda información del estado de salud (...) debe mantenerse en secreto, incluso después de su muerte”*. Y de forma más explícita de lo que se desarrolla en articulados estatales se indica que *“La información confidencial solo se puede dar a conocer si el paciente da su consentimiento. Se puede entregar información a otro personal de salud que presta atención, solo en base estrictamente de necesidad de conocer”*(62).

ÁMBITO COMUNITARIO

En la esfera del derecho europeo destaca la atención que el Consejo de Europa ha prestado a la problemática sobre intimidad y tratamiento de datos sanitarios, que se ha

INTRODUCCIÓN

traducido en el desarrollo de diversas normativas legales y articulados sobre el derecho de las personas a la protección del tratamiento de los datos relativos a su salud. Es preciso resaltar por un lado los convenios, como el Convenio 108 del Consejo de Europa, de 28 de enero de 1981 y el Convenio relativo a Derechos Humanos y Biomedicina, de 4 de abril de 1997, también conocido por Convenio de Oviedo por el lugar donde fue ratificado. Existen también diversas directivas europeas y reglamentos cuya adaptación al derecho interno español han motivado la aprobación de leyes estatales, además de varias resoluciones y recomendaciones que, sin ser vinculantes jurídicamente, orientan en la línea de la atención prestada por el Consejo de Europa al problema de la intimidad y el tratamiento de datos sanitarios.

El **Convenio 108 del Consejo de Europa**, sobre la protección de las personas en lo que respecta al tratamiento de datos automatizados, alude en su artículo 6 a los datos relativos a la salud. Concretamente los engloba como una de las “categorías particulares de datos”, junto con otros datos de carácter personal (como los datos relativos a las convicciones religiosas, origen racial, opiniones políticas, vida sexual o condenas penales), impidiendo su trato automatizado salvo que existan las garantías apropiadas establecidas por regulación de derecho estatal (63).

La **Recomendación nº R (97) 5** surge del interés de mantener la protección establecida en el convenio anterior sobre los datos relativos a la salud. Se sustenta en base a la conciencia del incremento de datos médicos tratados de forma automatizada y el convencimiento del beneficio de regular su recogida y procesamiento, para salvaguardar la confidencialidad y seguridad de los datos y para asegurar los derechos y libertades fundamentales del individuo, en particular el derecho a la intimidad.

Define los *datos médicos* como “todos los datos personales relativos a la salud del individuo”, solo pudiendo recogerse y procesarse si existen medidas de protección adecuadas y reguladas por ley, por personal sanitario u otro obligado a las mismas normas de confidencialidad, y garantizándose el respeto a la intimidad de los mismos.

INTRODUCCIÓN

Asimismo se especifica que el afectado debe conocer los datos recogidos y su finalidad, y pudiendo revelarse si *son relevantes* y, además, hay consentimiento del paciente o situación legal que lo determine.

Se exhorta a tomar las medidas técnicas y organizativas de seguridad adecuadas para asegurar la confidencialidad, integridad y exactitud de los datos procesados de su uso por personas no autorizadas (26).

El conocido como **Convenio de Oviedo** se reconoce en su artículo 10 el derecho a que se respete la vida privada de toda persona cuando se trate de informaciones relativas a su salud, al igual que a conocer toda información obtenida respecto a su salud, estableciendo además sanciones en caso de incumplimiento (64).

Muy recientemente ha sido aprobado por el Parlamento Europeo el **Reglamento 2016/679** por el que se deroga la Directiva 95/46/CE, configurando junto con la Directiva 2016/680 el nuevo marco europeo de protección de datos. Este extenso y detallado documento será de aplicación en Europa sin necesidad de incorporarse al ordenamiento interno de cada estado miembro, y entrará en vigor a partir de mayo de 2018.

Ya en los considerandos previos a los artículos, define *los datos personales relativos a la salud* como todos los relativos al estado de salud física o mental que proporciona el individuo, que deben ser tratados con el consentimiento del interesado y de un modo que garantice una seguridad y confidencialidad adecuadas. Éste deberá conocer la finalidad para lo que son recogidos y la identidad del responsable de su tratamiento, y deberá dar su consentimiento para ello. En aras de que se cumplan los principios de protección de datos, se reducirá al máximo el tratamiento de datos personales.

De forma novedosa se introduce la necesidad de realizar, en aquellas operaciones que traten una cantidad considerable de datos personales y que entrañen un algo riesgo debido a su sensibilidad, una *evaluación de impacto*, que incluya las medidas, garantías y

INTRODUCCIÓN

mecanismos previstos para mitigar el riesgo y garantizar la protección de los datos personales. Y todavía en las consideraciones previas, se insta a los estados miembros a adoptar por ley *normas específicas con vistas a salvaguardar el deber de secreto profesional* en la medida necesaria para conciliar el derecho a la protección de los datos personales con el deber de secreto profesional.

De forma análoga al Convenio 108 del Consejo de Europa 36 años antes, que se refería a “categorías particulares de datos”, el artículo 9 está dedicado al *tratamiento de categoría especiales de datos personales*, donde se incluyen los datos relativos a la salud, y se limita su tratamiento salvo que sea necesario para fines médicos y el mismo sea realizado por un profesional sujeto a obligación de secreto.

Otra de las novedades importantes que incorpora y desarrolla en diversos artículos es la modificación de los conocidos derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de los datos de carácter personal) presentes en la ley de protección de datos por un conjunto de derechos más amplios sobre los datos personales y superpuestos a los ya existentes: derecho de acceso del interesado (art. 15), derecho de rectificación (art. 16), derecho de supresión («el derecho al olvido») (art. 17), derecho a la limitación del tratamiento (art. 18), obligación de notificación relativa a la rectificación o supresión de datos personales o la limitación del tratamiento (art. 19), derecho a la portabilidad de los datos (art. 20), derecho de oposición (art. 21), derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control (art. 77), derecho a la tutela judicial efectiva contra una autoridad de control (art. 78), derecho a la tutela judicial efectiva contra un responsable o encargado del tratamiento (art. 79), derecho a indemnización y responsabilidad (art. 82)

En España, parte de estos aspectos quedan regulados por la ley de protección de datos, en algunos casos de forma opuesta al reglamento. Dado que ciertamente es potestad del Parlamento español la derogación de una ley estatal, ésta sufrirá a partir de la entrada en vigor del reglamento un llamado “desplazamiento normativo” de las disposiciones contrarias hasta su modificación y adaptación al mismo (65).

ÁMBITO ESTATAL

El secreto profesional encuentra su fundamento en la **Constitución Española**. Ésta garantiza en su artículo 18.1 el “*derecho a la intimidad personal y familiar*”, otorgándole la consideración de derecho fundamental, y por tanto, el mayor grado de protección. Además, hace referencia al secreto profesional en el artículo 24.2, en el que se insta a la regulación del mismo a través de desarrollo de articulado legal (9).

La doctrina del Tribunal Constitucional al respecto de la relación entre la intimidad y el secreto médico es unánime, siendo los delitos sobre vulneración de secreto juzgados por vía Penal. En palabras del propio Tribunal Constitucional, “*el secreto profesional, en cuanto justifica, por razón de una actividad, la sustracción al conocimiento ajeno de datos o informaciones obtenidas que conciernen a la vida privada de las personas, está estrechamente relacionado con el derecho a la intimidad que el art. 18.1 de la Constitución garantiza, en su doble dimensión personal y familiar, como objeto de un derecho fundamental*” y reconoce que “*el fundamento del secreto profesional médico es la intimidad del paciente, único titular para oponerse al uso de la historia clínica*” (66,67).

En el ámbito civil, **Ley Orgánica 1/1982 de Protección Civil al Honor, a la Intimidad y a la Propia Imagen**, regula el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, y en su artículo 7.4 considera intromisión ilegítima a “*La revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional u oficial de quien los revela*” (68).

En el ámbito administrativo específicamente sanitario, se describe el deber de sigilo en varios cuerpos legislativos. Así, la **Ley General de Sanidad**, en su artículo 10, alude al derecho de todos los ciudadanos al *respeto de su personalidad, dignidad e intimidad* en el

INTRODUCCIÓN

ámbito de las diferentes administraciones públicas sanitarias y, en el párrafo tercero, reconoce a todo usuario de la sanidad el derecho a “*la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público*” (69).

Más recientemente y para desarrollar la idea de protección de la intimidad tal y como dictaba el mandato constitucional, se desarrolla la **Ley Orgánica de Protección de Datos** en el año 1999.

- Su objetivo tal como se describe en el artículo 1 es la protección del derecho al honor y la intimidad personal y familiar.
- Muy interesante es el artículo 4 que alude a la *calidad de los datos* recogidos, considerando que deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con el ámbito y las finalidades para las que se hayan obtenido.
- El artículo 6 trata sobre el consentimiento del afectado, describiendo en el punto 4 su derecho a oponerse al tratamiento de sus datos si existen motivos fundados y legítimos para ello. De esta forma ampara el derecho a “ocultar” datos que el paciente considere confidenciales y de especial relevancia y, sin eliminarlos para no faltar al deber de custodia de la historia clínica, que no sean accesibles de forma general. Sin embargo no se ha regulado a qué tipo de datos podría implicar ni quién debe ser el responsable de hacerlo.
- Los artículos 7 y 8 se refieren a los *datos considerados como especialmente protegidos*, entre los que se encuentran los datos relativos a la salud y, con una redacción muy parecida al reciente Reglamento Europeo 2016/679, permite el tratamiento de los mismos cuando resulte necesario para la asistencia médica y siempre que el mismo se realice por un profesional sanitario sujeto a secreto profesional. Este *deber de secreto* se alude expresamente en el artículo 10, como perdurable incluso después de finalizar la relación médico-paciente.

INTRODUCCIÓN

- Respecto a la *seguridad de los datos*, en el artículo 9 insta al responsable del fichero a adoptar las medidas técnicas u organizativas para garantizarla y evitar su tratamiento y acceso no autorizados.

Finalmente hay tres grupos de artículos con un peso específico propio por el objeto de esta ley:

- Los artículos 11 y 12 de *comunicación de datos y acceso a ellos por cuenta de terceros*, en los que se limita la legitimidad de la comunicación a los fines para los que se hayan recogido, y se prohíbe la comunicación a terceros para otros distintos. En este caso no se considerará irregular cuando el acceso a los mismos sea necesario para la prestación de un servicio,
- el artículo 17 en el que se describen los *derechos ARCO*); y
- el artículo 18 de *tutela de los derechos*, donde se especifica que actuaciones contrarias a esta ley pueden ser objeto de reclamación ante la Agencia de Protección de Datos. En la última memoria publicada de dicha agencia del año 2015, se contabilizan 12.984 denuncias y reclamaciones resueltas (24,70).

Ocho años más tarde se aprueba el **Real Decreto 1720/2007**, por el que se desarrolla la ley de protección de datos.

- De forma análoga que la precedente, expone en su artículo 8 los *principios relativos a la calidad de los datos* (debiendo ser adecuados, pertinentes y no excesivos, en relación con las finalidades determinadas, explícitas y legítimas para las que se hayan obtenido).
- Se introduce sin embargo una novedad, ya que en su artículo 10 (10.3 y 10.4) se permite tratar y ceder los datos de carácter personal sin el consentimiento del interesado cuando éstos sean recogidos en el ejercicio de las funciones propias de

INTRODUCCIÓN

las Administraciones públicas siempre que se limite a la finalidad por la que fueron recogidos. Específicamente en el artículo 10.5 se detalla que no será necesario el consentimiento del interesado para la comunicación de datos personales sobre la salud entre organismos y centros del Sistema Nacional de Salud cuando se realice para la atención sanitaria de las personas, conforme con lo dispuesto en el Capítulo V de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. De esta forma, aunque se regula en un artículo posterior la posibilidad de acceso a los datos necesarios para la prestación de un servicio, esta anulación del consentimiento hace que el paciente pierda el derecho a decidir qué datos considera confidenciales, volviendo a dotar como años atrás al profesional sanitario de la potestad absoluta sobre el tratamiento y cesión de datos íntimos del paciente. Por último, se describen los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición del paciente a sus datos personales.

- Especialmente relevante resulta el *derecho de oposición* descrito en el artículo 34 que, en desarrollo del artículo 17 de la ley de protección de datos, determina el derecho del afectado a que no se lleve a cabo el tratamiento de sus datos de carácter personal o se cese en el mismo (entre otros supuestos) cuando no sea necesario su consentimiento para el tratamiento. Es decir, que la ley establece con carácter general la ausencia de necesidad de consentimiento, aunque está contemplada la posibilidad del paciente de solicitar la recuperación del derecho de decidir sobre la confidencialidad de sus datos, no de forma universal sino específica motivando la solicitud, y siendo el Servicio Madrileño de Salud (en este caso) el que resolverá en función de la pertinencia o no de dicha petición (71).

Por su parte, la **Ley 41/2002**, conocida como **Ley de Autonomía del Paciente**, incluye de forma más específica los temas de intimidad y confidencialidad centrando la cuestión en el interés del paciente. Ambos conceptos se incluyen entre los motivos del desarrollo legislativo.

INTRODUCCIÓN

- Además en su artículo 7 se reconoce el derecho al carácter confidencial de los datos relativos a su salud, así como que nadie pueda acceder a ellos sin autorización previa amparada por ley. Por ello el profesional sanitario no debe acceder a información del paciente sin el consentimiento del mismo. Éste se da de forma tácita únicamente para aquellas incursiones necesarias para recibir una adecuada atención sanitaria.
- También regula la confidencialidad en aspectos relacionados con la historia clínica (artículos 16 al 18) de acuerdo con las medidas de seguridad establecidas por la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (55).

La protección de la intimidad del paciente en el ámbito laboral está contemplada en la **Ley del Estatuto Marco** de los empleados estatutarios del sistema público de salud.

- En el capítulo IV, que describe los deberes, destaca en el artículo 17 el *respeto a la intimidad personal de los usuarios del servicio de salud* y la obligación de mantener la debida reserva y confidencialidad de la información y documentación relativa a los usuarios que haya sido obtenida o a la que se haya tenido acceso en el ejercicio de las funciones.
- En el capítulo XII que desarrolla el régimen disciplinario (artículos 70 al 75), se considera falta muy grave el “*quebranto de la debida reserva respecto a datos relativos al centro o institución o a la intimidad personal de los usuarios y a la información relacionada con su proceso y estancia en las instituciones o centros sanitarios*”, con sanciones que incluyen la suspensión de funciones, el traslado forzoso con cambio de localidad o la separación del servicio (72).

En el ámbito de derecho procesal, tanto la **Ley de Enjuiciamiento Civil** como la **Ley de Enjuiciamiento Criminal** detallan los límites del deber de secreto. A este respecto se

INTRODUCCIÓN

incluyen los supuestos en los que el profesional tiene que efectuar declaraciones como perito o como testigo (artículos 410, 417, 421, 445 y 716 de la Ley de Enjuiciamiento Civil) (73), o la obligación del profesional de denunciar cualquier delito del que se tenga conocimiento o sospecha (artículos 259 y 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal) (73), pudiendo tener que revelar en todos ellos datos de carácter confidencial del paciente.

Por último en relación a la normativa estatal, la revelación de secretos está tipificada como delito desde la entrada en vigor del actual **Código Penal** en el año 1996, específicamente en los artículos 199.1 y 199.2 En ellos se hace referencia a la “*revelación de secretos ajenos de los que tenga conocimiento por razón de oficio o relaciones laborales*”, pero también de forma específica en el apartado siguiente se alude al “*profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva divulgue los secretos de otra persona*”, y conlleva penas específicas de prisión, multa e inhabilitación especial para la profesión, de mayor severidad que las dispuestas en el apartado anterior (75). En España, a diferencia que en otros países europeos como Alemania o Italia, no existe un listado exhaustivo de profesionales con una obligación jurídica que obligue al sigilo y reserva.

Centrándonos en el delito de revelación de secretos por parte de profesionales (el artículo 199.2), conviene empezar aclarando que se consideran secretos solo aquellos cuya revelación van a afectar a la intimidad, que es el bien jurídico merecedor de protección (56,57). En un análisis de los elementos de esta figura delictiva, podemos encontrar (60):

- El *sujeto activo del delito*, el profesional. Debe ser un confidente necesario ya que, tal como se recoge en una Sentencia del Tribunal Superior de Justicia, ostentar la condición de profesional sanitario no permite el acceso a cualquier información médica(76). El acceso debe ser en interés del paciente y necesario para su tratamiento. Una lectura más amplia de esta figura incluiría como sujeto activo y confidentes necesarios a aquellos que, sin ser sanitarios, por sus tareas propias tengan acceso a información confidencial, y sobre los que se extendería el deber de secreto, como auxiliares o administrativos.

INTRODUCCIÓN

- El *delito* es del tipo considerado *especial propio*, ya que solo puede ser realizado por aquel que tenga la consideración de profesional, y no por la generalidad de las personas (57).
- Los *sujetos pasivos* son aquellos perjudicados por la revelación del secreto.
- Por *objeto material* del delito se entiende el *secreto ajeno*, el contenido de lo revelado, que abarca tanto la información que el médico ha obtenido del trato directo con el paciente como por lo descubierto o deducido por el propio profesional sanitario.
- La *acción típica* que se describe en este artículo es la *divulgación* del secreto, entendiendo la misma como sinónimo de revelar, sin ser necesario una gran difusión para que sea considerado delito.
- El *tipo subjetivo* indica el grado de intencionalidad. En este caso es necesario el *dolo*, de tal forma que la difusión de la información se realice en contra de la voluntad del sujeto.

En el capítulo II se recogen los artículos que determinan las causas que eximen de responsabilidad criminal. En el caso que se plantea de revelación de secreto por profesional en incumplimiento de obligación de sigilo o reserva, hay tres situaciones de que podrían concurrir para la exculpación de responsabilidad, si bien no ha habido casos de ello que hayan suscitado un pronunciamiento por parte de los tribunales de justicia:

- Si se obra en *estado de necesidad* para evitar un mal propio o ajeno, siempre que el mal causado (lesión de la intimidad) no sea mayor que el que se pretende evitar (lesión de la salud o de la vida), que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionadamente por el sujeto y que el necesitado no tenga obligación de sacrificarse (art. 20.5).

INTRODUCCIÓN

- Si se obra *impulsado por miedo insuperable*, por ejemplo ante una amenaza. En este caso se tiene en cuenta los riesgos propios de cada profesión para apreciar este eximente.
- Si se obra *en cumplimiento de un deber propio del ejercicio de un oficio*, tal como se recoge en el artículo 20.7, cuando colisionan varios deberes (por ejemplo mantener el secreto profesional o impedir un delito). Este eximente resolvería, al menos en teoría, el conflicto legal del médico cuando, obligado por el secreto profesional, se ve al mismo tiempo en la imposición de denunciar conocimientos o sospechas de un delito o es llamado como testigo o inculpado en una causa judicial, todas situaciones reguladas por la Ley de Enjuiciamiento Criminal, Ley de Enjuiciamiento Civil y Código Penal (49).

ÁMBITO AUTONÓMICO MADRILEÑO

De la regulación específica de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) cabe destacar la **Ley de Ordenación Sanitaria** del año 2001. En ella se regulan los derechos de los ciudadanos en relación con el sistema sanitario, además de los ya formulados en la Ley General de Sanidad, recalcando en el artículo 27.3 el derecho del ciudadano a mantener su privacidad y a que se garantice la confidencialidad de sus datos sanitarios. Además en el mismo artículo recuerda el derecho del paciente al acceso a su historia clínica y a determinar el *grado de confidencialidad* de sus datos sanitarios. En el artículo 60 sobre fines y funciones del Servicio Madrileño de Salud se incluye el mantenimiento del máximo respeto a la dignidad de la persona (art. 60.1.d), respetando la intimidad personal y garantizando la confidencialidad de la información (art. 60.2.b). Por último, relativo a las infracciones del artículo 144, considera infracción sanitaria grave el incumplimiento del deber de garantizar la confidencialidad y la intimidad de las personas, por parte del personal que en virtud de sus funciones tiene acceso a información sobre datos de salud (77).

INTRODUCCIÓN

Tal como se ha expuesto, el articulado legal alrededor del secreto profesional y sus vicisitudes es amplio y complicado. El incumplimiento del secreto médico acarrea una responsabilidad sobre el profesional diferente según el ámbito en el que se lesione el derecho y la normativa implicada. A modo de conclusión, en la Tabla 4 se resumen los tipos de responsabilidad legal según el medio lesionado y las sanciones previstas.

Tabla 4. Sanciones por incumplimiento del secreto médico

Tipo	Ley	Artículo	Sanción
Civil	L.O. 1/1982 de Protección Civil al Derecho al Honor	9	Indemnización proporcional al daño (también al daño moral)
Disciplinaria	Ley 55/2003 del Estatuto Marco	73	- Separación del Servicio - Traslado forzoso con cambio de localidad - Suspensión de funciones - Traslado forzoso sin cambio de localidad - Apercibimiento
Administrativa	L.O. 15/1999 de Protección de Datos	44	Multa
	Ley 12/2001 de Ordenación Sanitaria en la Comunidad de Madrid	145	Multa, de cuantía según graduación.
Penal	L.O. 10/1995, del Código Penal	199.2	Prisión 1-4 años Multa 12-24 meses Inhabilitación 2-6 años

LIMITACIÓN LEGAL DEL DEBER DE SECRETO PROFESIONAL

La protección a la intimidad es un derecho protegido por la Constitución Española y otras leyes. Sin embargo, en ocasiones entra en confrontación con otros derechos fundamentales, lo que provoca situaciones conflictivas que hacen dudar de poder otorgarle una protección absoluta (8).

El Tribunal Constitucional ha expresado que el secreto profesional no solo está fundamentado en la salvaguarda de los datos íntimos del paciente en cuanto a la actividad profesional realizada, sino que debe ser reforzado para la preservación frente a intromisiones ajenas por ser el modo de protección de un derecho fundamental(78,79). Por un lado se exige al profesional discreción de la información conocida, pero además ser el límite que impida que esos datos se revelen por exigencias externas (2).

INTRODUCCIÓN

Esto choca directamente con la obligación legal aludida en la Ley de Enjuiciamiento Criminal (cuyos principales artículos se citan en la Tabla 5), que impone al profesional las siguientes obligaciones (74):

- efectuar declaraciones cuando actúa como perito, en el artículo 462,
- denunciar cualquier delito del que se tenga conocimiento, en el artículo 262, y
- declarar como testigo, en el artículo 410.

A este respecto, el artículo 417 no extiende a la profesión sanitaria el llamado *ius tacendi*, que exime de la obligación de testificar por razón de secreto profesional.

Sí se prevé en otras profesiones como abogados o eclesiásticos, y, aunque se exoneraría si se considerara al médico funcionario público, la jurisprudencia nunca se ha pronunciado en este sentido.

Tabla 5. Artículos de la Ley de Enjuiciamiento Criminal que obligan a colaborar con la Administración de Justicia

Art. 462	Nadie podrá negarse a acudir al llamamiento del Juez para desempeñar un servicio pericial, si no estuviese legítimamente impedido.
Art. 262	Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio si se tratare de un delito flagrante
Art. 263	La obligación impuesta en el párrafo primero del art. anterior no comprenderá a los Abogados ni a los Procuradores respecto de las instrucciones o explicaciones que recibieren de sus clientes. Tampoco comprenderá a los eclesiásticos y ministros de cultos disidentes respecto de las noticias que se les hubieren revelado en el ejercicio de las funciones de su ministerio.
Art. 410	Todos los que residan en territorio español, nacionales o extranjeros, que no estén impedidos, tendrán obligación de concurrir al llamamiento judicial para declarar cuanto supieren sobre lo que les fuere preguntado si para ello se les cita con las formalidades prescritas en la Ley
Art. 417	No podrán ser obligados a declarar como testigos: <ul style="list-style-type: none"> - Los eclesiásticos y ministros de los cultos disidentes, sobre los hechos que les fueren revelados en el ejercicio de las funciones de su ministerio. - Los funcionarios públicos, tanto civiles como militares, de cualquiera clase que sean, cuando no pudieren declarar sin violar el secreto que por razón de sus cargos estuviesen obligados a guardar, o cuando, procediendo en virtud de obediencia debida, no fueren autorizados por su superior jerárquico para prestar declaración que se les pida. - Los incapacitados física o moralmente.

INTRODUCCIÓN

Se produce entonces una circunstancia en la que se contraponen dos deberes: por un lado el de mantener el secreto profesional al que obliga la Carta Magna de los datos de los que ha obtenido conocimiento en virtud de su papel de confidente necesario por su relación con paciente; por otro, el de colaboración con la Administración de Justicia de acuerdo con lo dispuesto en la ley expresado con la misma rotundidad (31). Al no existir un desarrollo constitucional pormenorizado del artículo 24.2, no existen criterios uniformes de actuación que delimiten de forma razonable los casos en los que el sujeto está en la obligación de declarar, y esto impide que puedan resolverse de forma clara este tipo de situaciones conflictivas.

En esta tesitura el médico debe decidir entre quebrantar el deber de secreto en el contexto de las obligaciones derivadas de un requerimiento judicial, o mantener el mismo so pena por delito de obstrucción a la justicia o desobediencia a la autoridad, siendo mayor la gravedad de la sanción para la revelación de secreto (Tabla 6).

Tabla 6. Penas previstas por el Código Penal por vulneración de deberes

Art. 199	El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.
Art. 463	El que, citado en legal forma, dejare voluntariamente de comparecer, sin justa causa, ante un juzgado o tribunal en proceso criminal con reo en prisión provisional, provocando la suspensión del juicio oral, será castigado con la pena de prisión de tres a seis meses o multa de seis a 24 meses
Art. 556	Los que faltaren al respeto y consideración debida a la autoridad, en el ejercicio de sus funciones, serán castigados con la pena de multa de uno a tres meses

Sin embargo será la inclinación del fiel de la balanza la que determine el sentido de la decisión, provocado por el peso de cada uno de los deberes que se ponen en juego que, al no ser absolutos, no siempre se ponderan de la misma manera. De esta forma el derecho a la intimidad y mantenimiento del secreto profesional debe ser preferente sobre el derecho a testificar o denunciar aquellos hechos que se refieran a cuestiones pasadas. Sin embargo, si se trata del conocimiento relativo a un comportamiento futuro del paciente que puede lesionar o poner en peligro a otras personas, prima el deber del médico de

INTRODUCCIÓN

ponerlo en conocimiento de la autoridad competente pese a que ello consecuentemente suponga una vulneración del secreto profesional (2,60,80-82).

Un último aspecto preceptuado por la legislación al respecto del deber de secreto guarda relación con la obligatoriedad de *revelar datos en caso de enfermedades infecto-contagiosas*. Esta cuestión, regulada por el Real Decreto 2210/1995 por el que se crea la red de vigilancia epidemiológica, es considerada como una medida necesaria por razones epidemiológicas y de salud pública con el fin de controlar las enfermedades transmisibles a nivel poblacional. En estos casos no se trataría propiamente de una ruptura del secreto profesional, ya que los datos se comparten exclusivamente con otros profesionales sanitarios, que están igualmente obligados al deber de reserva en virtud del secreto compartido (57,60).

SITUACIÓN ACTUAL

“No es el crítico quien cuenta, ni el que señala con el dedo al hombre fuerte cuando tropieza o el que indica en qué cuestiones quien hace las cosas podría haberlas hecho mejor. El mérito recae exclusivamente en el hombre que se halla en la arena, aquel cuyo rostro está manchado de polvo, sudor y sangre, el que lucha con valentía, el que se equivoca y falla el golpe una y otra vez, porque no hay esfuerzo sin error y sin limitaciones.

El que cuenta es el que de hecho lucha por llevar a cabo las acciones, el que conoce los grandes entusiasmos, las grandes devociones, el que agota sus fuerzas en defensa de una causa noble, el que, si tiene suerte, saborea el triunfo de los grandes logros y si no la tiene y falla, fracasa al menos atreviéndose al mayor riesgo, de modo que nunca ocupará el lugar reservado a esas almas frías y tímidas que ignoran tanto la victoria como la derrota”

El hombre en la arena – Theodore Roosevelt

Detalladamente se ha desarrollado la importancia de la intimidad, la confidencialidad y el secreto de los datos médicos del paciente en la relación clínica y para la correcta realización de la actividad asistencial, las implicaciones éticas y deontológicas, y el complejo articulado legal de varios ámbitos que lo regulan. Sin embargo, llama la atención la pequeña cantidad de estudios sobre el comportamiento de los profesionales sanitarios en nuestro país en estas materias (83–87).

De las conclusiones de los trabajos referidos se vislumbra que, aunque se tiene conciencia de la inherente relación de estos aspectos con la profesión médica, en muchas ocasiones la actividad profesional no integra las conductas encaminadas a su protección.

De forma sintetizada, se pueden resumir en:

INTRODUCCIÓN

- Aunque con tendencia a confundir los conceptos de intimidad y confidencialidad, los profesionales sanitarios saben sus deberes respecto a su salvaguarda y el manejo de la información.
- Sin embargo, tanto en atención primaria como en atención hospitalaria son generalizadas las prácticas contrarias a los preceptos legales y deontológicos, principalmente respecto al tratamiento de datos, por compartirlos indebidamente con otros profesionales o con familiares de los pacientes, o por acceder a ellos sin causa justificada.
- La mayoría de los profesionales reconocen haber cedido su clave personal de acceso a los sistemas informáticos de los programas sanitarios, así como haber accedido a historias clínicas electrónicas con ellos por curiosidad.
- Los profesionales del ámbito hospitalarios están convencidos de que si fueran ingresados en su centro de trabajo el diagnóstico de su patología se difundiría, fundamentalmente por comentarios informales en pasillos y salas comunes.
- Aunque la mejora de las condiciones laborales en algunos campos redundarían en un mayor grado de respeto a la confidencialidad, sin duda el aspecto fundamental para ello es el factor humano, y la conciencia que cada profesional tenga respecto a ello.
- Muestran preocupación por estos aspectos y demandan más formación para corregir sus conductas.
- Formaciones sencillas sobre actuaciones habituales disminuyen sustancialmente las situaciones en las que se ponen en riesgo la confidencialidad del paciente.
- No son suficientemente conocidos entre los profesionales los documentos y normas a este respecto realizados por comisiones expertas en la materia.
- Existe un gran desconocimiento de la normativa deontológica y legal que regula la intimidad, la confidencialidad y el secreto médico, y de las penas asociadas a su vulneración.

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SISTEMA MADRILEÑO DE SALUD

*“La lectura de las historias clínicas a través del tiempo
está ligada a la historia misma de la medicina
y a la educación médica de un país”*

Pedro Laín Entralgo

HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica (HC) deriva de la idea hipocrática del curso de la enfermedad. Aunque en las lápidas votivas del templo griego de Epidauro ya se señalaba por escrito el nombre del enfermo que hacía la ofrenda y el mal que padecía (las llamadas prehistorias clínicas), las primeras 42 historias clínicas completas se recogen en *Las Epidemias I y III*(88). Estos textos, atribuidos a la escuela hipocrática entre los siglos V y IV a. C, forman parte de los 70 escritos médicos y más de mil páginas que conforman los Tratados hipocráticos (*Corpus hippocraticum*), y versan de temas tan diversos como la anatomía, la naturaleza del hombre, la clínica y patología, la terapéutica, la ginecología y también incluye tratados deontológicos. Inicialmente estos primeros registros constituían la necesidad intelectual de recoger por escrito la experiencia profesional ante la enfermedad de sus pacientes, sirviendo también para el tratamiento de otros pacientes y para enseñar a sus aprendices. Con el desarrollo de la medicina este documento ya no se limita a recoger hechos simples, sino que incluyen toda suerte de informes, procedimientos, juicios y valoraciones (89,90).

INTRODUCCIÓN

Hay muchas **definiciones** sobre la HC, todas ellas coincidentes en lo fundamental como documento de relación y asistencia con y para el paciente. Una de las más descriptivas la realiza Criado del Rio, en un compendio de descripciones legales y sanitarias: *“La Historia Clínica es el documento médico legal donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades médico-sanitarias realizadas con él, todos los actos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte y que puede ser utilizada por todos los Centros Sanitarios donde el paciente acuda”*(91,92). La definición legal de HC se encuentra en la Ley de Autonomía del Paciente del año 2002: “conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial” (55). Previo a ello se reglamentaba por normativa interna de los centros sanitarios y por el Código de Ética y Deontología Médica. En el código anterior a la aprobación de la ley realizado en 1999, en su artículo 13.1 recoge la obligación y el derecho del profesional de registrar los actos médicos en la historia clínica (93). Constituye la biopatología del paciente, la recopilación integral de su información clínica, y donde se conservará de forma escrita la relación médico-paciente y los hallazgos clínicos encontrados (94). Su elaboración constituye una obligación para el profesional, y facilitar los datos sobre su salud para ello el único deber reglamentado del paciente (55). Como describe Laín Entralgo *“es el documento que refleja la patografía de los relatos asistenciales que el paciente tiene cuando se le presta una asistencia sanitaria en cada proceso de su enfermedad”*(95).

La **finalidad** principal de la HC es facilitar la asistencia sanitaria, siendo el soporte para reflejar todos aquellos datos que, bajo criterio médico, son relevantes para el correcto conocimiento del estado de salud. Sin embargo describen también otros fines diferentes, como judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación, docentes, de administración, de inspección, de evaluación, de acreditación y de planificación. La conservación de la historia, así como su custodia, son responsabilidad de la institución

INTRODUCCIÓN

sanitaria, por el plazo que resulte pertinente que será de al menos 5 años tras el alta de cada proceso asistencial (55).

El **contenido** mínimo que debe contener la HC se recoge en la Ley de Autonomía del Paciente e incluye documentación clínico-estadística, anamnesis y exploración física, la evolución, órdenes médicas, hojas de interconsulta, exploraciones complementarias, evolución y planificación de cuidados de enfermería y la aplicación terapéutica de enfermería, además de otros ítems exigibles para procesos de hospitalización (55). Sin embargo, desde una perspectiva ética, la redacción de la historia debe cumplir ciertas características en aras de respetar al máximo la intimidad y dignidad de los pacientes:

- Completa, con datos suficientes pero no excesivos y pertinentes.
- Ordenada cronológicamente en cada uno de los eventos clínicos.
- Inteligible, tanto ortográfica como gramaticalmente.
- Identificativa del personal que la realiza.

En general, y con más frecuencia desde la generalización de la historia clínica informatizada, los programas de atención sanitaria disponen en su organización de los apartados pertinentes para asegurar el cumplimiento del contenido mínimo legal exigible en la historia clínica. De los aspectos éticos se respetan con más frecuencia aquellos facilitados por los avances técnicos cuando los hay, como el orden, la identificación o la inteligibilidad. Sin embargo cuando se carece de tales facilidades, estos deberes éticos no se respetan de forma uniforme, ya sea por desconocimiento de su importancia o por cesión de responsabilidad por la titularidad compartida. En los resultados de los estudios sobre la actividad asistencial en base a los datos recogidos de la historia clínica, aunque mejorando se detectan evidentes áreas de mejora, principalmente por el infrarregistro de los datos, además de historias ininteligibles o de autor no identificado (96-98).

Se han descrito varios **modelos** de cumplimentación de la HC:

- La *crónológica*, habitualmente utilizada en los hospitales.

INTRODUCCIÓN

- La *protocolizada*, realizada desde preguntas cerradas, normalmente utilizada en unidades especializadas para el seguimiento y tratamiento de patologías específicas.
- La *orientada por problemas de salud*, que es la mayoritariamente utilizada en atención primaria. Este modelo de redacción de la historia clínica fue por primera vez propuesto por Lawrence E. Weed en el año 1964, cuyos componentes son: el establecimiento de una base de datos, la lista de problemas (definido como tal a cada uno de las circunstancias que afecten al paciente) y las notas SOAP (acrónimo en inglés de datos subjetivos “*subjective*”, datos objetivos “*objective*”, valoración “*assessment*” y plan a seguir “*plan*”) (99-101).

La **propiedad** de la HC ha sido un tema ampliamente debatido sobre el que no existe consenso.

Desde una perspectiva clásica se encuentran tres posiciones a debate (92,102-104):

- *Posición del paciente*: la HC se nutre de las aportaciones del paciente que él mismo ha cedido sobre sus problemas de salud, y se redacta en su beneficio. Se apoya jurídicamente en la redacción del artículo 5º del apartado 6º del anexo I del Real Decreto 63/1995 sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, que otorga al paciente “derecho a un ejemplar de *su* historia clínica”(105).
- *Posición del profesional*: se argumenta en la propiedad intelectual, ya que la historia es fruto de la redacción del facultativo y en ocasiones contiene sus juicios personales. Esta postura estaría avalada por el artículo 10 de la Ley de Propiedad Intelectual, que determina que “*son objeto de propiedad intelectual todas las creaciones originales literarias, artísticas o científicas expresadas por cualquier medio o soporte, tangible o intangible, actualmente conocido o que se invente en el futuro*”(106).

INTRODUCCIÓN

- *Posición del centro sanitario:* con la excepción de la actividad por cuenta propia, se considera que la HC, aun realizada por el profesional sanitario, forma parte de sus obligaciones incluidas en la actividad laboral que realiza para la institución para la que trabaja. También esta postura tiene sustento legal, en esta ocasión de la Ley 16/1985 del Patrimonio Histórico Español, que en su artículo 49.2 declama que *“Forman parte del Patrimonio Documental los documentos de cualquier época generados, conservados o reunidos en el ejercicio de su función por cualquier organismo o entidad de carácter público”*(107)

Sin embargo el análisis más generalizado se apoya en que, si por definición *propietario* se entiende el que tiene el derecho de poseer algo y disponer y decidir en exclusiva sobre ello, el concepto de propiedad no puede aplicarse a la HC(4,104). Esta postura adquiere fuerza tras la promulgación de la Ley de Autonomía del Paciente del año 2002, en la que se desarrollan los derechos fundamentales en torno a la documentación clínica, la información, el consentimiento y la autonomía del paciente sin que en ningún momento se mencione ni se regule el tema de su propiedad. De esta forma cabe renunciar al concepto de propiedad como sinónimo de posesión y uso libre para apostar por otros conceptos más generales y operativos como derecho de acceso, de disposición, uso, finalidad y obligaciones respecto al secreto y conservación (102–104,108,109).

El derecho de **acceso** a los datos de la HC se describe en la Ley de Autonomía del Paciente. Se distingue entre acceso a la misma por parte del paciente o representante legal, por profesionales y otros con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia (55,94,99,108–110).

- Se reconoce el derecho de acceso al paciente (o representante debidamente acreditado) de los datos contenidos en su HC con la salvedad de información recogida de terceros en interés terapéutico del paciente y de las anotaciones subjetivas del profesional que las ha elaborado.

INTRODUCCIÓN

- A su vez se garantiza el acceso para los profesionales que lo asisten, y recuerda que todo aquel que elabore o tenga acceso a datos de la HC está obligado a guardar la reserva debida. Sin embargo también establece restricciones, ya que el acceso debe quedar limitado estrictamente a los fines específicos para los que se precise en el cumplimiento de sus funciones, o lo que es lo mismo, a los datos pertinentes para garantizar una asistencia adecuada (94,103). La Agencia de Protección de Datos se ha pronunciado a este respecto, en el sentido de que este acceso debe modularse en aplicación del principio de proporcionalidad, limitándose a los datos estrictamente necesarios para conseguir la mejor asistencia sanitaria del paciente, sin que deba a priori extenderse a datos no vinculados a dicha finalidad, aunque puedan consultar la HC completa si así lo precisan (111). No hay referencias en la Ley de Autonomía, sin embargo, al papel del paciente sobre los datos que desea que sean o no consultados por el profesional sanitario, mientras que sí que está regulado lo inverso (las situaciones en las que el profesional puede limitar el acceso a algunos datos al paciente). Solo en la Ley de Protección de Datos de forma sutil, y en el documento elaborado por el Grupo de Trabajo que desarrollaba un artículo de la derogada Directiva Europea 95/46 de forma explícita se contemplaba la posibilidad de que en determinadas circunstancias sea el paciente el que impida la comunicación entre profesionales y se limite la información difundida. Falta por conocer, a partir de su entrada en vigor desde el 25 de mayo de 2018, el alcance y desarrollo que tendrá el reciente Reglamento Europeo 2016/679 y las consecuentes modificaciones que sufrirá la ley de protección de datos en esta materia.

Al respecto del derecho al acceso de los datos, hay todavía muchas cuestiones sin aclarar dada la complejidad que integra en si misma la historia clínica por la heterogeneidad de su contenido, que van desde datos sanitarios del paciente a datos profundamente íntimos (sanitarios pero también sociales, relaciones personales, etc.) hasta anotaciones personales clínicas o impresiones diagnósticas. Es por ello que del ámbito bioético se ha propuesto una estructuración de los datos contenidos en la historia clínica en tres niveles (44,103):

INTRODUCCIÓN

- *datos básicos*, a los que puede acceder cualquier facultativo que atienda al paciente,
- *datos privados*, solo accesibles con el consentimiento expreso del paciente,
- *datos reservados*, a los que el paciente no tendría acceso, y que abarcaría las anotaciones subjetivas del profesional y aquella información que pueda comprometer a terceros.

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

La HC es uno de los documentos personales más comprometedores. Sin embargo en búsqueda de la mejor atención sanitaria para el paciente es necesario que sea única e integrada y a su vez que permita ser manejada por multitud de profesionales, siendo esto una fuente potencial de problemas derivados de su uso.

La historia clínica compartida, entendida como aquella que permite su acceso desde cualquier punto del sistema sanitario, es una realidad extendida de forma mayoritaria en los servicios autonómicos de salud. La forma de llevarlo a cabo es por mecanismos telemáticos, por lo que la definición es aplicable a la historia clínica electrónica (HCE) o informatizada (HCI).

Este hecho ofrece múltiples ventajas y algunos inconvenientes, que se detallan a continuación (16,110,112).

- De entre los **beneficios** destaca la posibilidad de la continuidad asistencial, al permanecer toda la información clínica en un único soporte (que permite una historia clínica única e integrada) que además es inalterable, ordenada, legible y prácticamente imperdible. Permite mayor practicidad y rapidez en la asistencia sanitaria, facilita enormemente la investigación y supone una herramienta para la explotación de datos con unas posibilidades casi ilimitadas.

INTRODUCCIÓN

- Los posibles **inconvenientes** derivan del riesgo patente de vulneración de la intimidad y confidencialidad de una historia clínica compartida por muchos profesionales y con una gran facilidad de acceso. El sistema informático debe garantizar la seguridad en este sentido, limitando la accesibilidad a los casos pertinentes y por medio de claves identificativas personales que además permitan consultar los accesos.

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

En la CAM se generaliza el uso de la HCI en atención primaria en el año 1999, con un programa llamado OMI-AP. Posteriormente y a partir del mismo se desarrolla el AP-Madrid, implantándose completamente en la asistencia sanitaria extrahospitalaria del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) en octubre del año 2012. El programa se incorpora a la actividad asistencial de médicos de familia, pediatras, enfermeros, matrones, equipos de soporte de atención domiciliaria, trabajadores sociales, psicólogos clínicos, fisioterapeutas y odontólogos(113,114).

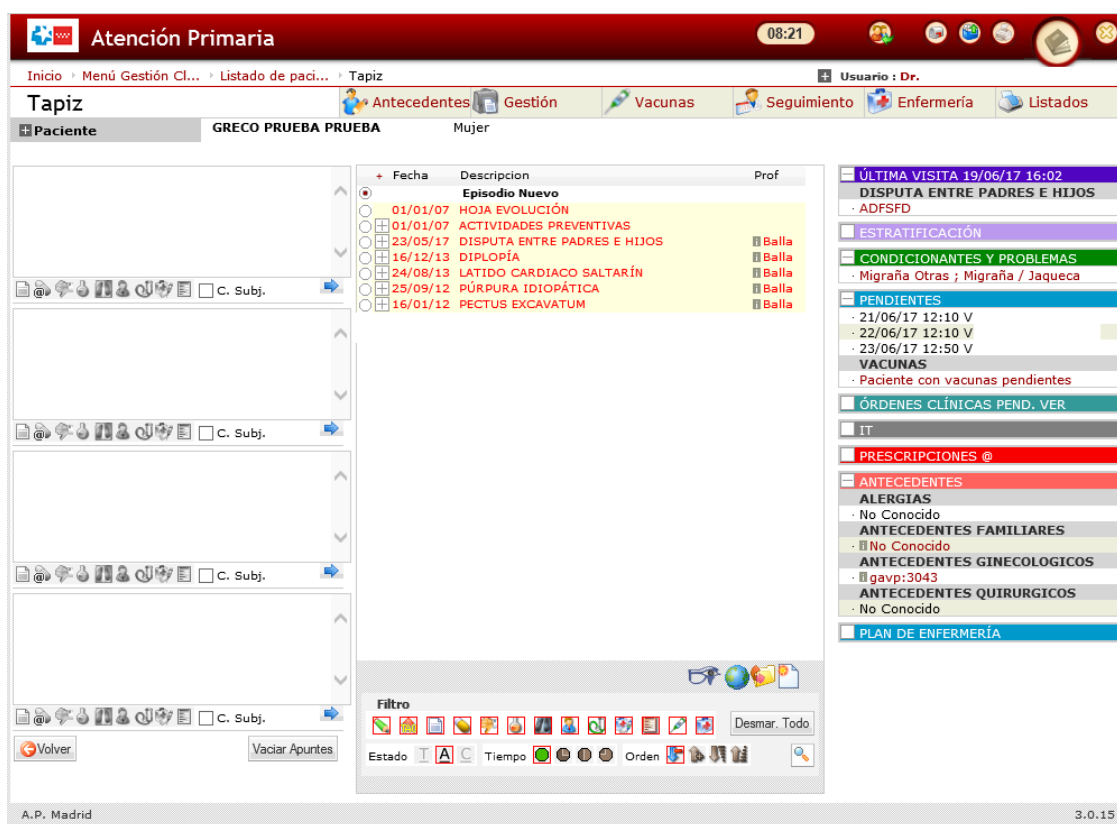
El AP-Madrid recoge los datos clínicos del paciente ordenados por episodios. Se entiende por episodio *“cualquier tipo de problema de salud, consultado por un paciente, o detectado por el profesional sanitario, caracterizado por un inicio, un curso evolutivo y un final con una serie de actuaciones sanitarias dirigidos a resolver dicho problema de salud”* (115–117). Éstos unas veces indican el motivo o *razón de consulta* del paciente (mareo), otras el acto clínico o *proceso de atención* realizado (derivación a rehabilitación, receta) y otras el diagnóstico o *problema de salud* (vértigo periférico) realizado sobre el paciente. Otros ejemplos de episodios son: hipertensión arterial, diabetes mellitus, catarro, pérdida de peso, dolor abdominal...

Los episodios quedan recogidos en la parte central del tapiz principal del AP-Madrid,

INTRODUCCIÓN

siendo visibles solo los que se consideran activos. Desde el tapiz además se puede ver otra información, como el contenido de la última visita del paciente, condicionantes y problemas, órdenes clínicas, incapacidades temporales activas, prescripciones o antecedentes del paciente. Puede verse una muestra del tapiz principal del AP-Madrid en la Figura 1.

Figura 1. Tapiz principal del programa informático AP- Madrid



Los episodios se clasifican siguiendo la Clasificación Internacional de atención primaria (CIAP), mediante un código que consta de un eje alfabético (una letra, que identifica localización anatómica) y un eje numérico o rúbrica (2 dígitos, que indican etiología). Cada código alfanumérico o título lleva asociado uno o varios descriptores que describen la consulta en cuestión (por ejemplo, R97- Rinitis alérgica). Esta clasificación permite integrar todos los posibles motivos de consulta. De esta forma la historia **orientada por episodios** mantiene paralelismo con la **orientada por problemas** aunque la modifica

ligeramente. Tres de los cuatro componentes de la clasificación orientada por problemas, sí que se encuentran igualmente clasificados y por tanto contenidos en la historia orientada por episodios, sin embargo no ocurre lo mismo con el cuarto componente, referido a los datos objetivos obtenidos. Se puede apreciar este hecho en la Tabla 7.

Tabla 7. Historia clínica orientada por problemas vs orientada por episodios (117)

HC orientada por PROBLEMAS		HC orientada por episodios	Clasificado por CIAP
S	Datos subjetivos	Razón de consulta	SÍ
O	Datos objetivos	-	NO
A	Valoración diagnóstica	Problema de salud o diagnóstico	SI
P	Plan a seguir	Proceso de atención y actuaciones	SI

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA (CIAP)

La Clasificación Internacional de Atención Primaria (*International Classification of Primary Care* - ICPC en el original inglés) nace en 1987 publicada por la WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*, la Organización Mundial de Médicos Generales/de Familia), y no es hasta el 1990 cuando se traduce al español. Surge por la necesidad de contar en atención primaria con una clasificación de procesos ajustada a la realidad clínica de este ámbito, dadas las carencias para este propósito ofrecidas por las clasificaciones ya existentes en ese momento (CIPSAP2 – Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria, CRC – Clasificación por Razones de Consulta y CIE-9 – Clasificación Internacional de Enfermedades). De esta forma, la CIAP permite, con un único código unificado, clasificar diferentes aspectos asistenciales abordados por separado en la otras formas de clasificación, ya que abarca tanto síntomas y signos (características princeps para la CRC), como procesos clínicos (base fundamental de la CIPSAP2) y diagnósticos y problemas (forma clasificatoria de la CIE9) (115). Con ello se consigue clasificar simultáneamente en un episodio los componentes de la consulta:

INTRODUCCIÓN

razón o motivo de la consulta, proceso de atención o acto clínico y problema de salud atendido o diagnóstico.

En 1998 se publica la segunda versión, denominada CIAP-2, que es traducida al español en 1999, y posteriormente su versión electrónica CIAP-2-E. Hay dos grandes diferencias en esta versión respecto de la anterior: incorpora criterios de inclusión y de exclusión e incluye la correlación con la CIE-10, la Clasificación Internacional de Enfermedades que la OMS editó en 1992 (116). Durante el final de la elaboración de este proyecto de investigación, el programa informático de atención primaria en el Servicio Madrileño de Salud, el AP-Madrid, ha incorporado la segunda versión de la CIAP. Sin embargo, el análisis estadístico y las conclusiones se refieren a los datos obtenidos durante el año 2016, en los que se utilizaba la CIAP-1.

La CIAP es una clasificación biaxial, en la que prima la **localización** de la consulta a tratar (que constituye el eje de los **capítulos**) por encima del **tipo de problema** (que forma el eje de los **componentes**).

Hay 17 **capítulos** (letras A, B, D, F, H, K, L, N, P, R, S, T, U, W, X, Y, Z), que componen el eje alfabético de la clasificación y que indican la localización anatómica de la consulta a registrar (Tabla 8).

Tabla 8. Estructura de capítulos de la CIAP

A	Problemas generales e inespecíficos
B	Sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunitario
D	Aparato digestivo
F	Ojo y anejos
K	Aparato circulatorio
H	Aparato auditivo
L	Aparato locomotor

INTRODUCCIÓN

N	Sistema nervioso
P	Problemas psicológicos
R	Aparato respiratorio
S	Piel y faneras
T	Sistema endocrino, metabolismo y nutrición
U	Aparato urinario
W	Embarazo, parto, puerperio y planificación familiar
X	Aparato genital femenino
Y	Aparato genital masculino
Z	Problemas sociales

El eje numérico de la clasificación, que abarca los números de 01 al 99 llamados *rúbricas*, se distribuyen en 7 bloques cada uno de los cuales se denomina **componente**. De esta forma:

- el componente 1 “síntomas y signos” engloba las rúbricas del 01 al 29,
- el componente 2 “procedimientos diagnósticos y preventivos” las rúbricas 30 al 49,
- el componente 3 “procedimientos terapéuticos” las rúbricas 50 al 59,
- el componente 4 “resultados” las rúbricas 60 y 61,
- el componente 5 “procedimientos administrativos” la rúbrica 62,
- el componente 6 “derivación, seguimiento y otras razones de consulta” las rúbricas 63 al 69,
- el componente 7 “diagnósticos y problemas” las rúbricas 70 al 99.

El componente 1 permite describir las razones de consulta, los componentes 2 al 6 clasifican el proceso de atención y las actuaciones realizadas y el componente 7 el problema de salud atendido o diagnóstico (Tabla 9).

Tabla 9. Componentes de la CIAP y rúbricas asociadas

1	Signos y síntomas	1-29	Razón de consulta
2	Procedimientos diagnósticos y preventivos	30-49	Proceso de atención y actuaciones
3	Procedimientos terapéuticos	50-59	
4	Resultados de pruebas complementarias	60-61	
5	Procedimientos administrativos	62	
6	Derivaciones, seguimiento y otras razones de consulta	63-69	

INTRODUCCIÓN

7	Enfermedades y problemas de salud	70-99	Problema de salud atendido y diagnósticos
---	-----------------------------------	-------	---

De esta clasificación biaxial alfanumérica resultan 749 combinaciones o *títulos* diferentes que pueden ser seleccionados por el profesional de atención primaria cuando crea un episodio (Tabla 10). Las rúbricas 30 al 69 no son seleccionables, se generan automáticamente clasificando los diferentes procesos de atención (recetas, partes de incapacidad temporal, etc.).

Tabla 10. Capítulos y títulos de la CIAP1 (118)

CAPÍTULO	NOMBRE	COMPONENTES		TOTAL TÍTULOS
		1 Títulos: signos y síntomas (1-29)	7 Títulos: Enfermedades y problemas de salud (70-99)	
A	Problemas generales e inespecíficos	30	30	60
B	Sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunitario	9	20	29
D	Aparato digestivo	29	32	61
F	Ojo y anejos	14	21	35
H	Aparato auditivo	10	18	28
K	Aparato circulatorio	14	30	44
L	Aparato locomotor	25	32	57
N	Sistema nervioso	16	22	38
P	Problemas psicológicos	27	19	46
R	Aparato respiratorio	18	34	52
S	Piel y farneras	28	30	58
T	Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	15	20	35
U	Aparato urinario	13	16	29
W	Embarazo, parto, puerperio y planificación familiar	18	23	41
X	Aparato genital femenino	29	25	54
Y	Aparato genital masculino	18	18	36
Z	Problemas sociales	46		46
				749

INTRODUCCIÓN

Los títulos del componente 1 (razón de consulta) y componente 7 (problema de salud atendido y diagnosticado) se acompañan de uno o varios descriptores explicativos, ya que con ellos se dará nombre al episodio que quede generado tras la visita del paciente. Por ejemplo, el título D94 incluye los descriptores *colitis ulcerosa*, *enfermedad de crohn*, *enteritis regional*, *enteritis ulcerativa* y *proctocolitis idiopática*; el título R02 *disnea*, *faltar el aliento*, *problema de respiración*, *respiración difícil* o *respiración laboriosa*. La CIAP1 en su aplicación al programa informático AP-Madrid cuenta con un total de 7060 descriptores distintos (Anexo 1).

Los descriptores dan nombre a los episodios que se van formando en la historia clínica del paciente, de forma cronológica según acuda a la consulta. Por lo general comunes, algunos de ellos se refieren a situaciones clínicas que, por sus características, pueden considerarse que pertenecen de forma más marcada a la esfera reservada de la intimidad del paciente. Sirva como ejemplo el código Y04 – *erección dolorosa/inflamación pene/inflamación prepucio/tumefacción prepucio/priapismo/síntoma signo pene/ulceración pene*.

El resto de actividades encuadradas en los procesos de atención (componentes del 2 al 6) se codifican y generan automáticamente durante la actividad asistencial. Así, por ejemplo, una receta asociado a un catarro quedará clasificada con el código R50 (capítulo R de aparato respiratorio, componente 50 de proceso terapéutico). Del mismo modo para interconsultas, incapacidades temporales o pruebas complementarias.

A modo de resumen, en el programa AP-Madrid se recoge cada uno de los problemas de salud por los que el paciente acude a consulta en forma de episodios. Éstos se clasifican y se nombran utilizando a la **CIAP**, clasificación **biaxial** que permite señalar la localización de la patología (por medio de cada uno de los **capítulos**) y posteriormente el tipo de consulta que hace el paciente (**razón de consulta**, **componente 1** y **rúbricas** del 01 al 29; **proceso o plan de atención**, **componentes 2 al 6** y **rúbricas 30 al 69**; y **problema de salud o diagnóstico**, **componente 7** y **rúbricas 70 al 99**). De esta combinación se forma un

INTRODUCCIÓN

código alfanumérico o **título**. Para facilitar el registro, cada código lleva asociado uno o varios **descriptores**. Para un paciente que acude por dolor en la mano se utilizaría el capítulo L (aparato locomotor), rúbrica 01 (síntoma), el título final sería L01 y con uno de los 6 descriptores asociado a ese título (cervicalgia, contractura cervical, dolor de cuello, dolor de cuello musculoesquelético, síntomas queja signo del cuello o tortícolis). Se añadirían además otros códigos o títulos con las actividades generadas asociadas al proceso (L50 una receta, L62 si genera IT...). Se muestra en la Tabla 11 y en la Tabla 12.

Tabla 11. Estructura bialxial de la CIAP (117)

COMPONENTE				CAPÍTULOS																
				A	B	D	F	H	K	L	N	P	R	S	T	U	W	X	Y	Z
Razón	1	Signos y síntomas	01-29																	
Proceso	2	Procedimientos diagnósticos y preventivos	30-49																	
	3	Procesos terapéuticos	50-59																	
	4	Resultados	60-61																	
	5	Procesos administrativos	62																	
	6	Derivación, seguimiento y otras razones de consulta	63-69																	
Plan de atención	7	Enfermedades y problemas de salud	70-99																	

Tabla 12. Ejemplo de episodio y su clasificación CIAP

N99 Esclerosis lateral amiotrófica	Capítulo	N: Sistema nervioso
	Componente	7: enfermedades y problemas de salud
	Rúbrica	99
	Título	N99
	Descriptores	- enfermedad neurona motora - neuropatía periférica - enfermedad sistema nervioso - etc

La HCI en atención primaria ha supuesto un avance importante en la unificación de la HC, así como en su integración, inteligibilidad y actualización, factores todos ellos que redundan en un mejor control y mayor conocimiento de las patologías del paciente. Sin embargo, esta mayor accesibilidad también supone mayores oportunidades de vulneración de la información clínica de la historia.

Para evitarlo, el programa informático específico del SERMAS, AP- Madrid, dispone de diferentes herramientas que permiten tener un mayor control sobre el tipo de información que se comparte en los diferentes aspectos asistenciales. Una de ellas es la posibilidad de otorgar a los episodios de la historia la peculiaridad de *no imprimible*.

Durante el proceso de creación de un nuevo episodio, entre las opciones disponibles se encuentra (además de la elección del código CIAP), la posibilidad de clasificar ese episodio concreto como *visible* (característica que aparece por efecto) o *no imprimible*, según se muestra en la Ilustración 1.


Atención Primaria
11:52







[Inicio](#)
[Menú Gestión CL...](#)
[Agenda](#)
[Listado de paci...](#)
[Tapiz](#)
[Formulario Epis...](#)
Usuario : **Dra. BALLARIN GONZALEZ...**

Formulario Episodio


Paciente
GRECO PRUEBA PRUEBA 51 años Varón

Edad **51años**
Fecha de apertura **13/04/2016**
Fecha Cierre

CIAP **P08** (nombre del episodio)

CIE9
Profesional **Dra. BALLARIN GONZALEZ, ANA**

☐ Enfermedad Profesional
☐ Accidente Trabajo

Observaciones

Índice de Severidad

- ☒ 0 Sin calificar
- ☐ 1 Normal o Leve (No necesita seguimiento)
- ☐ 2 Severidad moderada (Precisa seguimiento)
- ☐ 3 Severo (Precisa siempre protocolización)
- ☐ 4 Muy severo (Se plantea el ingreso del Paciente)

Tipo de episodio
Este episodio es de tipo: **Crónico 'per-se' relativo**

Marcar como favorito

Privacidad **No Imprimible**
Estado **FIRMADO**


Cancel

No Imprimible
Visible

Imprimir
Ver Histórico
EDO
RAM
Anular

Aceptar

A.P. Madrid
2.45.7

INTRODUCCIÓN

Modificar el episodio y otorgarle el atributo de privacidad de *no imprimible* le da la particularidad de que no va a salir impreso en el listado de “episodios del paciente”, que se incluye en varios de los documentos que pueden realizarse desde el AP-Madrid, concretamente en los informes emitidos a terceros o partes de interconsulta (

INTRODUCCIÓN

Anexo 2. Informes y peticiones donde aparecen los episodios activos del paciente



Atención Primaria



Comunidad de Madrid

INFORME DE SALUD

DATOS DEL CENTRO:

C.S. EL GRECO

AVDA DE LOS REYES CATOLICOS, 37 GETAFE 28904

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y Apellidos: GRECO PRUEBA PRUEBA

Edad: 38 años

Nº Seg. Social: 991500103042

C.I.P. PRPR000000103042

ANTECEDENTES PERSONALES

Alergias:

No conocido

Antecedentes Médicos:

No conocido

Antecedentes Quirúrgicos:

No conocido

PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES (con la fecha estimada de inicio)

16/01/2012 PECTUS EXCAVATUM

25/09/2012 PÚRPURA IDIOPÁTICA

24/08/2013 LATIDO CARDIACO SALTARÍN

16/12/2013 DIPLOPÍA

23/12/2014 ENFERMEDADES DE LOS DIENTES/ENCIAS

23/05/2017 DISPUTA ENTRE PADRES E HIJOS

TRATAMIENTOS (mantenidos en los últimos 3 meses y fecha de inicio de prescripción)

OBSERVACIONES (Hágase constar la situación clínica actual y las necesidades de cuidados y seguimiento si se requiere)

Madrid a

Firmado:

Nº de colegiado:

Este informe está basado en la Historia Clínica existente en su Centro de Salud.

Los datos sanitarios que contiene son de especial protección y tienen como único destinatario la persona solicitante.

El uso de los mismos y su entrega a terceros quedan bajo la estricta responsabilidad del destinatario (paciente o su representante legal).

Pág. 1

INTRODUCCIÓN

). En la Tabla 13 se detallan los tipos de informes que contienen un listado de episodios clínicos del paciente, donde con la opción de *no imprimible* se evita que aparezca un determinado episodio.

Tabla 13. Informes y solicitudes donde constan el listado con los episodios del paciente

Informes	Informe de salud
	Resumen de la historia clínica
	Informe de condiciones de salud para solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia
	Informe de condiciones de salud para solicitud de residencias para personas mayores autónomas
	Informe de condiciones de salud para solicitud de estancias temporales
	Informe de condiciones de salud para solicitud de pisos tutelados
	Informe de condiciones de salud para solicitud de emergencias sociales
Solicitudes	Interconsulta

Conviene recordar que el uso del atributo de privacidad *no imprimible* no oculta información. El deber de custodia de los datos está garantizado. Exclusivamente impide que la información así considerada se muestre de forma general en los informes impresos, evitando una divulgación sistematizada. En la historia clínica del paciente sigue figurando toda la información recogida, que se puede consultar accediendo a la misma, y del mismo modo la información se imprime cuando se solicita una copia de la HC.

Este atributo de privacidad ya existía en el programa precedente y base del actual, el OMI-AP. En este caso la denominación no hacía referencia a la intimidad sino que la opción hacía referencia a “Tipo de episodio” y las opciones de clasificación eran:

- *normal*: el episodio es visible en la historia clínica para cualquier profesional e imprimible en los informes,
- *reservado*: equivalente a no imprimible del programa actual, el episodio es visible para su consulta pero no se imprime en los informes médicos,
- *yo mismo*: el episodio, además de no imprimirse, solo podía ser visualizado por el profesional que lo realizaba, incluido todo su contenido (apuntes, tratamientos asociados, partes de incapacidad temporal, interconsultas, etc.).

INTRODUCCIÓN

La finalidad y la utilidad de esta herramienta no está descrita en ninguno de los manuales ni hojas explicativas sobre programa informático AP-Madrid. En la información que consta en la página web corporativa del SERMAS, se describe que el episodio no imprimible se utiliza “*para evitar la impresión de un episodio completo*”. La información existente sobre el OMI-AP tampoco es muy aclaratoria. Se refiere al episodio reservado escuetamente como “*solo se podrá visualizar la información pero no imprimirla*”(119,120).

En una versión anterior del programa informático AP-Madrid existía también una tercera forma de clasificar los episodios como “Privado”. Esta característica se adopta del antiguo programa de HCE en atención primaria OMI-AP, haciendo un paralelismo con la opción de nombre de “Yo mismo”, y privando de dicha información al resto de los profesionales que circunstancialmente atendieran al paciente.

Desde marzo de 2016 desaparece esta posibilidad, quedando en el atributo de privacidad del episodio exclusivamente las opciones *visible* o *no imprimible*. Esta decisión se toma en base al criterio de la Oficina de Seguridad de Sistemas de Información (OSSI), órgano responsable de la coordinación e implantación de políticas y medidas de seguridad de la organización, en base a la normativa vigente actual y especialmente a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. En el documento que lo desarrolla se establece como prioridad la adecuada asistencia al paciente, siendo para ello necesario que los profesionales que lo asistan dispongan de acceso al contenido íntegro de las historias clínicas(55,121).

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN

La práctica clínica asistencial lleva inherentemente asociada la revelación por parte del paciente de información perteneciente a su esfera íntima, con el propósito de mejorar su salud, y con la confianza de que el trato de la misma será el adecuado. Sin embargo pocas veces el facultativo es consciente de los varios destinos finales de estos datos tan sensibles, sus consecuencias sobre la dignidad del paciente, la relación médico-paciente e incluso de forma negativa sobre su salud.

El uso en el atributo de privacidad del episodio de la opción *no imprimible*, presente en el programa informático usado para el registro de la actividad clínica en la atención pública extrahospitalaria de la CAM, AP-Madrid, permite que los datos clínicos o circunstancias personales seleccionados no aparezcan al emitir informes a terceros, como plantillas o informes impresos de partes de interconsulta, que incluyen los episodios activos del paciente. Con ello se garantiza la confidencialidad del paciente para aquellos aspectos más sensibles de su biopatología o aquellos que no sean clínicamente relevantes para poder ser atendidos adecuadamente por el especialista hospitalario consultado.

Si se demostrara un limitado uso de la opción *no imprimible* por parte de los profesionales sanitarios de la CAM y, además, que esa utilización responde a disparidad de criterios no siempre bien definidos, eso podría traducir una baja conciencia de los profesionales sanitarios sobre la importancia de esta herramienta en la confidencialidad del paciente para evitar la difusión de la gran cantidad de datos clínicos que se produce durante la actividad asistencial. Harían falta más estudios para analizar la causa de ello y valorar si existe alguna carencia en la formación del personal sanitario en este tipo de cuestiones.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

El conocimiento del atributo de privacidad *no imprimible* en los episodios de la HCI extrahospitalaria es minoritario, y su uso es heterogéneo.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. La herramienta *no imprimible* de la HCI del SERMAS no se conoce lo suficiente, siendo:
 - Inapreciable el número total de episodios a los que se les añade este atributo de confidencialidad en relación al total de episodios,
 - Muy escaso el número de profesionales que lo usan.
2. No existe reglamento que determine su uso, ni hay consenso ni uniformidad sobre la finalidad del uso de la característica *no imprimible* en los episodios de la HC.
3. Además de no estar claramente definida la función de esta herramienta, gran parte de su uso:
 - No se ajusta a su función como *atributo de privacidad* sobre los datos del paciente.
 - Su uso es limitado en descriptores clínicos (determinados por los códigos de la CIAP) que revelan datos íntimos especialmente sensibles.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Estudiar, en la Dirección Asistencial Sur (DAS), la utilización del atributo de privacidad del episodio *no imprimible* en las HCI en AP-Madrid en el periodo 2013-2016, y los factores asociados.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

1. Establecer el **conocimiento** de la herramienta, su **prevalencia** de uso, el **perfil del profesional** que los realiza, y su **evolución temporal**.
2. Conocer la opinión de las diferentes categorías profesionales y de un grupo de expertos en aspectos médico-legales sobre
 - la **finalidad** de la opción *no imprimible*
 - los códigos de la **CIAP** para cuyo uso en la elaboración de episodios se debe añadir la finalidad *no imprimible*.
3. Describir las **características de uso** de los episodios *no imprimible*:
 - La **finalidad** de su uso, ajustada o no en pro de salvaguardar la privacidad del paciente, en función de los descriptores clínicos o diagnósticos sobre los que se ha usado.
 - Analizar el uso de los episodios *no imprimible* en aquellos **códigos CIAP** en los que hay consenso entre profesionales y expertos sobre la adecuación de su uso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para dar respuesta a los objetivos, la investigación se llevó a cabo por tres vías:

- ❖ ESTUDIO I: se ha realizado un estudio observacional retrospectivo de los episodios ***no imprimible*** de las HC de los centros de salud (CS) y consultorios locales (CL) de la DAS del SERMAS entre los años 2013 y 2016, y todos los episodios (*visible* y *no imprimible*) del CS El Greco durante el año 2016. De él se obtienen datos relativos al uso de la opción *no imprimible* y variables asociadas del centro donde se realizó, del profesional o del paciente.
- ❖ ESTUDIO II: se ha realizado un estudio descriptivo transversal basado en una encuesta a diferentes categorías profesionales de atención primaria para determinar la **finalidad** de la opción *no imprimible* y en qué **códigos** CIAP el episodio realizado debe ir asociado a la opción de privacidad *no imprimible*.
- ❖ ESTUDIO III: se utilizó un método Delphi con un grupo de expertos del Grupo de Trabajo (GdT) *Lex Artis* de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMaMFyc), recogiendo su opinión sobre la finalidad de la opción *no imprimible* y los códigos CIAP sobre los que mantener una reserva especial.

ESTUDIO I

Estimación de la frecuencia de uso de la opción *no imprimible* y las características socio-demográficas y profesionales de uso en la HCE en la DAS del SERMAS entre los años 2013 y 2016 y del CS El Greco en el año 2016

DISEÑO

Estudio observacional retrospectivo del uso y tipos de los episodios *no imprimible* de las historias clínicas informatizadas de la DAS y del CS El Greco.

ÁMBITO DE ESTUDIO

La prestación de servicios sanitarios por parte del SERMAS sectoriza la CAM en 7 direcciones asistenciales: Norte, Sur, Este, Oeste, Centro, Sureste y Noroeste.

El estudio ha realizado en los 41 centros de salud o consultorios locales de 9 municipios diferentes que integran la DAS del SERMAS.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estudiada comprende a usuarios del SERMAS que cumplan los siguientes **criterios de inclusión:**

- Estar asignado a uno de los 41 centros de la DAS (Tabla 14):

Tabla 14. Municipios, Centros de Salud y Consultorios Locales de la Dirección Asistencial Sur

MUNICIPIO	CENTRO DE SALUD	CONSULTORIO LOCAL
ARANJUEZ	CS Aranjuez	
	CS Las Olivas	
CIEMPOZUELOS	CS Ciempozuelos	CL Titulcia

MATERIAL Y MÉTODOS

COLMENAR DE OREJA	CS Colmenar de Oreja	CL Chinchón CL Valdelaguna CL Villaconejos
GETAFE	CS El Bercial CS Las Ciudades CS El Greco CS Getafe Norte CS Juan de la Cierva CS Margaritas CS Sector III CS Sánchez Morate	
GRIÑÓN	CS Griñón	CL Batres CL Casarrubuelos CL Serranillos del Valle CL Torrejón de la Calzada CL Torrejón de Velasco
LEGANÉS	CS Huerta de los Frailes CS Jaime Vera CS Leganés Norte CS María Ángeles López-Gómez CS María Jesús Hereza-Cuellar CS María Montessori CS Marie Curie CS Mendiguchía Carriche CS Santa Isabel	
PARLA	CS Isabel II CS Las Américas CS Los Pintores CS San Blas CS Parque Europa CS Pinto	
SAN MARTÍN DE LA VEGA	CS San Martín de la Vega	
VALDEMORO	CS El Restón CS Valdemoro	

- Tener HCE activa entre los años 2013 y 2016.
- Tener al menos un episodio considerado *no imprimible* y registrado en la HCI en ese periodo.

Como **criterio de exclusión** se consideró la circunstancia de que no se pudieran obtener los datos solicitados a la DTSIS. Esto ocurrió con 6 de los 41 centros de salud: CS Las

Olivas (Aranjuez), CS Getafe Norte y CS Sánchez Morate (Getafe), CS Marie Curie y CS Mendiguchía Carriche (Leganés) y CS San Martín de la Vega (San Martín de la Vega).

FUENTE DE INFORMACIÓN

Los datos se obtienen de las HCI de atención primaria, mediante la explotación de datos del programa AP-Madrid.

- De la DAS, se obtuvieron exclusivamente los episodios no imprimible realizados entre los años 2013 a 2016.
- Del CS El Greco se obtuvieron todos los episodios creados en el año 2016, tanto los catalogados como *visible* como los *no imprimible*.

Los datos son proporcionados, tras petición reglamentaria, por la Dirección Técnica de Sistemas de Información (DTSIS) (Anexo 3).

VARIABLES DEL ESTUDIO

a. Variable principal

Episodios con el atributo de privacidad *no imprimible*.

b. Otras variables socio-demográficas y asistenciales

- **Sexo** del sujeto de la HC: hombre o mujer.
- **Fecha de nacimiento.**
- **Edad** del paciente cuando se realiza el episodio.
- **Código CIAP:** compuesto por el capítulo (letra) que indica localización anatómica y rúbrica (número) que clasifica la acción realizada.
- **Descriptor** asociado al código CIAP.
- **Fecha de registro** del episodio.

MATERIAL Y MÉTODOS

- **Fecha de cierre** del episodio.
- **Categoría profesional** de quien realiza el episodio.
- **Código de Identificación del Área Sanitaria (CIAS)** del profesional que realiza el episodio.
- **Centro de salud o consultorio local** al que pertenece el paciente.
- **Municipio** donde se encuentra el centro de salud o consultorio local.

Definición y codificación de las variables

Su descripción se detalla en el Anexo 4.

TAMAÑO MUESTRAL

La muestra de episodios no imprimibles registrados en la HCE de la DAS en el periodo comprendido fue de 21.916 registros.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

a) Análisis exploratorio de los datos

Previamente al análisis, se revisaron los datos teniendo en cuenta tres factores:

1. Que la realización de un episodio *no imprimible* supone una acción proactiva, consistente en cambiar de forma necesariamente voluntaria el atributo que aparece por defecto en el episodio (*visible*) por la opción alternativa *no imprimible*. Por ello es razonable pensar que hay un motivo por el que un episodio sea así clasificado.
2. Que no existe información concreta de la finalidad, el objetivo o las circunstancias en las que debe utilizarse este atributo. Solo se describe que el nombre del episodio no se imprimirá en los informes a terceros o partes de interconsulta que

MATERIAL Y MÉTODOS

se realicen en la HCE, aunque la información si que permanece en la HC y puede accederse a ella sin restricciones, y aparecerá en caso de solicitar copia de la HC.

3. Que el nombre de la característica *atributo de privacidad* sugiere la idea que su uso debe promover la confidencialidad sobre los datos del paciente.

Bajo estos condicionantes se realizó una depuración de la base de datos intentando delimitar la motivación para el cambio de atributo, quedando los episodios clasificados en 3 categorías y con los criterios que se exponen a continuación:

1. Episodios ***no justificado***. Se refiere a aquellos en los que no se ha encontrado un criterio basado en la confidencialidad que justifique su clasificación como *no imprimible*. Estos criterios son:
 - I. Ni el código de la clasificación CIAP ni el descriptor (modificable) sugieren información especialmente sensible (*hipotiroidismo, diabetes mellitus, catarro*).
 - II. La patología es sistemática e importante y menos sensible, motivos para que prime que se conozca por los profesionales que atienden al paciente (ejemplo: embarazo, cáncer sistémico o epilepsia). Sin embargo no se incluyen las patologías generales, importantes, pero además especialmente sensibles, que se entiende está justificado el uso de *no imprimible* (*embarazo no deseado o SIDA*) o cáncer localizado y sensible (*Ca de cérvix*).
 - III. Hallazgos clínicos (*VCM elevada, hiperlipemia*).
- 2) Episodios ***visión profesional***. Los motivos para buscar la opción que impida que se imprima son en beneficio del facultativo que lo realiza. Bien por banales, bien porque aportan valoraciones subjetivas. En general, son indicativos de mala calidad de la HC: ausencia de fecha de cierre de un episodio ya resuelto, anotaciones subjetivas que tienen regulación específica, antecedentes familiares que tienen su propio apartado, etc.

Tipos de episodios dentro de esta categoría:

MATERIAL Y MÉTODOS

- I. Título del descriptor modificado para anotar situaciones no relevantes en la biopatología del paciente (*domicilio no justificado, reclamación, de urgencias y se va sin ser atendido*).
 - II. Título del descriptor modificado para añadir descalificativos personales (*maleducado*).
 - III. Título del descriptor modificado para añadir anotaciones subjetivas (*hipertransaminasemia probablemente alcohólica*).
 - IV. Título del descriptor modificado a “*importante*”, “*ver*” o “*leer*”, que puede pensarse que contiene información relevante para el profesional que se quiere ocultar al paciente.
 - V. Patologías probablemente sensibles en cuanto a su descriptor pero banales y agudas a las que no se les ha añadido fecha de cierre para su paso al histórico (*diarrea, dolor por gases*).
 - VI. Descriptores cuya información debe constar en otro sitio especificado en la HCE: condicionantes y problemas, antecedentes personales (*nacido en Perú*).
 - VII. Descriptor “*miedo a...*” si la patología en sí no parece relevantes, y lo que parece querer protegerse es la descripción misma del miedo del paciente (*miedo a problema de piel*). No se incluyen en este epígrafe los episodios “*miedo a...*” si la patología que se describe a continuación es especialmente sensible (*miedo a padecer SIDA*).
 - VIII. Descriptores que indican error de registro (*error de paciente, no corresponde a este paciente*). El profesional ha realizado un registro de otro paciente en la HC, sin que pueda anularse la realización de un episodio. Para evitar la confusión se cambia el descriptor y se invisibiliza lo máximo posible añadiendo la característica *no imprimible*.
- 3) Episodios **visión paciente**. Se entiende que el profesional protege esta información de la divulgación general por ser considerada especialmente sensible.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyen:

- I. CIAP considerados claramente sensibles (*Z25 – violencia*)
- II. Descriptores considerados claramente sensibles (*uretritis, dolor pene*)
- III. Descriptores neutros modificados con información sensible (*herida cara por agresión de su pareja*)
- IV. Episodios “miedo a...” si la descripción posterior incluye una patología sensible (*miedo a padecer SIDA*).
- V. Episodios que incluyen información de terceros (*madre alcohólica*)

De este análisis resultaron 3 bases de datos. En cada una de ellas se realizó un estudio descriptivo, expresado para las variables cuantitativas con la media, moda, mediana y desviación típica, y para las variables cualitativas mediante su frecuencia absoluta y porcentaje.

b) Análisis bivariante

La comparación de medias se realizó mediante la prueba t de Student. En caso de variables que no cumplieron características de normalidad se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

La asociación de las variables cualitativas se analizó mediante el test de Chi Cuadrado de Pearson (χ^2).

En ambos casos se utilizaron intervalos de confianza del 95%.

c) Análisis multivariante

Para comprobar qué variables se asociaron de forma independiente con la variable episodios visible/episodios no imprimibles de la base del CS El Greco se realizó un análisis de regresión logística binaria. El criterio de utilización para seleccionar las variables que se incluyeron en el modelo fueron las consideradas clínicamente relevantes, a saber, centro y edad del paciente y categoría profesional del sanitario.

El tratamiento estadístico de los datos se ha realizado mediante el programa IBM SPSS Statiscs 24.

ASPECTOS ÉTICOS

La extracción de datos se ha realizado de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 41/2002 Básica de Autonomía del Paciente, manteniendo anonimizados los datos en todas las etapas del estudio y garantizando así la confidencialidad tanto de los pacientes como de los profesionales implicados.

El estudio se ha desarrollado conforme a lo establecido en la legislación vigente y cumple con las normas de buena práctica clínica. El protocolo del estudio fue aprobado por la Comisión Central de Investigación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.

ESTUDIO II

Opinión de los profesionales sobre la finalidad de la opción *no imprimible* y su uso en los diferentes códigos de la CIAP para la elaboración de episodios en la HCE

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal basado en encuestas a diferentes categorías profesionales de atención primaria.

ÁMBITO DE ESTUDIO

Centros de salud del SERMAS.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población la componen los profesionales sanitarios de atención primaria del SERMAS que de forma anónima y voluntaria quisieron rellenar la encuesta sobre características de finalidad y uso en los códigos CIAP de la opción *no imprimible* versión *online* o en papel (Anexo 5).

A ambas versiones (*on line* y su versión imprimible) se accedía por medio de un enlace con el que daba acceso a la encuesta, realizada en la plataforma virtual googledocs. Éste se incluía en un mail explicativo de la finalidad de la encuesta y la invitación a participar. El mail se divulgó por varias plataformas de distribución de sociedades científicas, instituciones sanitarias y grupos de trabajo.

a) Criterios de inclusión:

- Ser licenciado en medicina, diplomado en enfermería o estar realizando la residencia de la especialidad familiar y comunitaria (MIR o EIR), con independencia del sexo, la edad o el tipo de contrato.
- Estar trabajando en atención primaria en el SERMAS.
- Conocer y utilizar el programa AP-Madrid con el que se gestiona la HCE en el SERMAS.

b) Criterios de exclusión:

- No haber completado todos los campos de la encuesta.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Los datos se obtienen de las respuestas otorgadas por el total de 93 participantes de la encuesta, con representación de médicos de familia, pediatras, médicos residentes, y enfermeros. Se obtuvieron respuestas de profesionales de ambos sexos, de amplio rango de edades y de múltiples tipos de contrato diferentes.

Para hacer factible la realización de la encuesta, se hizo una selección previa de los ítems preguntados, que representaron el 42,32% de los 749 códigos y 7060 descriptores que componen la CIAP. Para realizarla se pidió a 11 profesionales de AP (médicos, enfermeros y residentes) que eligieran qué episodios debían estar asociados al atributo *no imprimible* del listado total. Se seleccionaron para el cuestionario final aquellos códigos y/o descriptores que fueron elegidos al menos una vez entre los 11 encuestados, rechazando aquellos que no fueron elegidos por ninguno.

VARIABLES

a. Variable principal

Códigos o títulos de la CIAP (capítulo, rúbrica y descriptor) que deberían consignarse como *no imprimible* en la realización la HCI en AP.

b. Otras variables relacionadas

- **Edad** del profesional.
- **Sexo** del profesional.
- **Categoría profesional**.
- **Años en ejercicio** en el Servicio Madrileño de Salud.
- **Tipo de contrato** del profesional.
- **Conocimiento o no** del atributo de privacidad *no imprimible* en el programa AP-Madrid.
- **Uso o no** del atributo de privacidad *no imprimible* en alguna ocasión durante la práctica asistencial en atención primaria.
- **Finalidad** del atributo de privacidad *no imprimible*.
- **Formación** en temas de bioética o aspectos médico-legales.

c. Definición y codificación de las variables

Su descripción se detalla en el Anexo 6.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un **análisis descriptivo** de las principales características demográficas y clínicas de los encuestados.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el **análisis bivariante** se compararon las medias utilizando las pruebas de Student en caso de variables que cumplieron características de normalidad y la prueba U de Mann-Whitney en aquellas que no lo cumplieron. La asociación de las variables cualitativas se analizó mediante el test de Chi Cuadrado de Pearson (χ^2).

En ambos casos se utilizaron intervalos de confianza del 95%.

Se utilizaron dos análisis de **regresión logística binaria** para comprobar qué variables se asociaron de forma independiente con las variables conocimiento/no conocimiento de la opción *no imprimible* y uso/no uso de la misma opción.

El tratamiento estadístico de los datos se ha realizado mediante el programa IBM SPSS Statistics 24

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se ha desarrollado conforme a lo establecido en la legislación vigente y cumple con las normas de buena práctica clínica.

El protocolo del estudio fue aprobado por la Comisión Central de Investigación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.

ESTUDIO III

Opinión de un grupo de expertos en temas médico-legales sobre la finalidad de la opción *no imprimible* y su uso en los diferentes códigos de la CIAP para la elaboración de episodios en la HCE

DISEÑO

Método Delphi para determinar a qué códigos y descriptores de la CIAP se debe añadir el atributo de privacidad *no imprimible* al realizar un episodio en la HC del paciente.

ÁMBITO DE ESTUDIO

Grupo de expertos del GdT *Lex Artis* de la SoMaMFyC.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población la componen los componentes del GdT *Lex Artis* de forma voluntaria quisieron participar en el método de consenso prospectivo Delphi, rellenando sucesivas encuestas sobre características de finalidad y uso en los códigos CIAP de la opción *no imprimible*.

a) Criterios de inclusión

- Pertenecer al GdT *Lex Artis* de la SoMaMFyC.
- Realizar las sucesivas rondas para llegar a un consenso.

b) Criterios de exclusión

- No contestar a todas las solicitudes de información requeridas.
- No completar todos los epígrafes de las rondas de respuestas.

MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

Se realizó un Método Delphi siguiendo las siguientes fases (122–124):

1) *Formulación del problema*

Se definen dos campos de investigación:

- la determinación de la finalidad de la opción *no imprimible* en los episodios de la HCE del programa de atención primaria AP-Madrid.
- la búsqueda de aquellos códigos CIAP y sus descriptores asociados a los que, al ser utilizados en la creación de un episodio en la HCE en AP, se les debería añadir el atributo de privacidad *no imprimible* acorde con las finalidades determinadas en el primer epígrafe.

2) *Elección de expertos*

Se decidió contar con la colaboración del Grupo de Trabajo *Lex Artis* de la SoMaMFyC, formado por médicos de familia que trabajan en diferentes niveles de atención extrahospitalaria.

Está **integrado** por 10 sanitarios, todos médicos de familia. 7 de ellos realizan su labor asistencial en consultas de atención primaria, uno de ellos en un Servicio de Atención Rural, una como Directora de Continuidad Asistencial en el Hospital Clínico San Carlos y uno como Coordinador de Unidades de Apoyo de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad. 3 son integrantes de uno de los Comités de Ética Asistencial del SERMAS y han cursado el Máster en Bioética Sanitaria, y 2 de ellos además son licenciados en derecho. Es por todo ello que se consideró su opinión podía ser relevante en la elaboración de este trabajo.

Entre los **objetivos** del grupo se describen (125):

- Difundir entre los médicos de familia los conocimientos necesarios para el ejercicio profesional de acuerdo con la legislación vigente y las normas éticas.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Conocer y difundir la normativa legal aplicable a la práctica profesional en medicina de familia.
- Conocer y difundir la jurisprudencia y las sentencias relativas a médicos de familia o aplicable a su ejercicio.
- Contribuir a adecuar las normas y su aplicación a las particularidades del ejercicio de la atención primaria.
- Ser referente de la SoMaMFyC en aspectos legales de la práctica clínica.

3) *Elaboración y lanzamiento de los cuestionarios*

Se realizó una encuesta por cada campo de investigación a través de la plataforma online Google Docs.

- La encuesta encaminada a dirimir la finalidad de la opción *no imprimible* consistió en una pregunta abierta sobre ello acompañado de respuestas de opción múltiple (Anexo 7).
- La encuesta encaminada a determinar códigos y descriptores de la CIAP de contenido especialmente sensible se componía de 317 ítems. Cada uno de ellos contenía un código de la CIAP y uno o varios descriptores asociados. De acuerdo con una escala Likert, para cada cuestión se ofertan 4 opciones de respuesta lineal sobre la conveniencia de que ese código vaya asociado a episodios *no imprimible*, desde 1-Nada conveniente a 4-Muy conveniente (Anexo 8).

Para hacer factible la realización de la encuesta, se hizo una selección previa de los ítems preguntados, que representaron el 42,32% de los 749 códigos y 7060 descriptores que componen la CIAP. Para realizarla se pidió a 11 profesionales de atención primaria (médicos, enfermeros y residentes) que eligieran qué episodios debían estar asociados al atributo *no imprimible* del listado total. Se eligieron para el cuestionario aquellos códigos y/o descriptores que fueron elegidos al menos una vez entre los 11 encuestados, rechazando los que no fueron elegidos como con posibilidad de asignarse *no imprimible* por ninguno.

4) Desarrollo práctico y explotación de resultados

Los enlaces para acceder a ambos cuestionarios, acompañados de un texto explicativo sobre la finalidad, utilidad y condiciones para su desarrollo (incluidos plazos de respuesta) se enviaron vía correo electrónico a los expertos del Grupo *Lex Artis*. Con los datos resultantes se realizó una segunda consulta para aquellos códigos que no obtuvieron consenso, siendo necesario posteriormente pedir a algunos expertos argumentación de las respuestas que disintieron de la mayoría.

VARIABLES

- Finalidad del atributo de privacidad *no imprimible*.
- Establecer los códigos y descriptores de la CIAP que deben consignarse como *no imprimible*.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados se exponen en forma de opinión consensuada media y dispersión de opiniones (intervalos intercuartiles).

Para el cálculo de los diferentes estadísticos de tendencia central y dispersión se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics 24

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio cumple con las normas de buena práctica clínica y se ha desarrollado conforme a lo establecido en la legislación vigente.

El protocolo del estudio fue aprobado por la Comisión Central de Investigación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.

RESULTADOS

RESULTADOS

RESULTADOS

Los resultados se presentan como la combinación de 3 bases de datos diferentes resultantes de cada uno de los 3 estudios que componen este trabajo:

- 1. Los datos obtenidos exclusivamente de episodios no imprimible creados en la DAS entre los años 2013-2016 y de todos los episodios realizados en el CS El Greco en el año 2016,*
- 2. Las respuestas de profesionales sanitarios obtenidas por medio de encuestas y*
- 3. La opinión de expertos.*

Con ellas se intentará dar respuesta a los objetivos de la presente investigación:

¿Cuál es la situación actual de conocimiento de esta opción de privacidad?

¿Cuál es la prevalencia de uso, el perfil del profesional y la evolución temporal?

¿Cuál es la finalidad de esta herramienta y de los códigos CIAP en los que debería usarse?

¿Cuál es el uso real, tanto de la finalidad como de los códigos CIAP en los que se ha utilizado?

1. Descripción de los grupos:

Dirección Asistencial Sur

La DAS está constituida por 9 municipios, con 41 centros de salud y 10 consultorios locales con sus respectivas zonas básicas de salud, entendiendo éstas como el marco territorial donde cada unidad física o funcional desarrolla su actividad. Se detallaron en la Tabla 14.

La plantilla de profesionales sanitarios incluidos en este estudio es de 775 trabajadores: 409 médicos de familia y pediatras, 357 enfermeras y 9 trabajadores sociales. Se han obviado los datos de la categoría profesional *administrativo*, dado que este colectivo, al no ser profesional sanitario, no tiene acceso al historial clínico del paciente ni por tanto a la realización de un episodio clínico ni a la catalogación del mismo.

Según los últimos datos oficiales, la población de tarjeta sanitaria individual adscrita a los centros de salud de la DAS es de 734.663 personas en las consultas de enfermería, 605.340 en las de medicina y 129.755 en las de pediatría. La población anual media atendida es de 415.981 pacientes por enfermería (un 56,62% del total de pacientes asignados), 505.761 por medicina de familia (un 83,55%) y 115.857 por pediatría (un 89,29%). Es la dirección asistencial con un mayor porcentaje de población atendida en relación con población adscrita en las consultas de medicina de familia, y la segunda en enfermería y en pediatría (126).

Centro de salud El Greco

El CS El Greco es uno de los 41 CS de la DAS. Se encuentra en el Municipio de Getafe.

RESULTADOS

Lo componen un total de 41 profesionales, 29 de ellos profesionales sanitarios: 13 médicos de familia, 3 pediatras y 13 enfermeros. Además, 1 matrona y 1 trabajadora social como unidades de apoyo del área que prestan sus servicios en el centro a tiempo parcial. Al ser un centro docente es habitual que la plantilla cuente con varios residentes de diferentes disciplinas y especialidades y que temporalmente realizan su labor asistencial en el centro.

Tiene asignados un total de 21.430 pacientes, con una distribución media de 1.386 pacientes por médico de familia, 1.135 pacientes por pediatra y 1.648 paciente por enfermero.

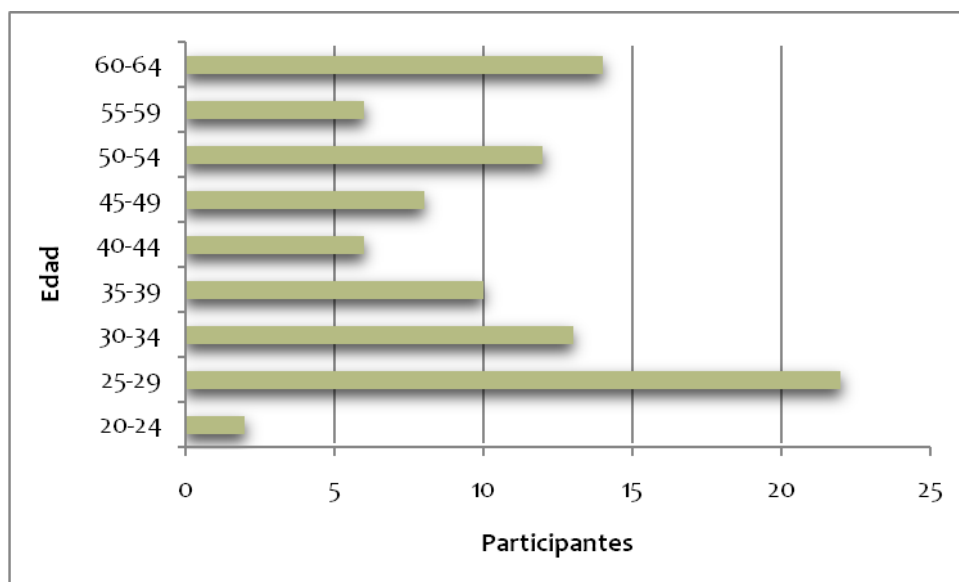
Encuesta a profesionales

La encuesta diseñada para conocer aspectos de la opción *no imprimible* fue contestada por un total de 93 profesionales sanitarios del SERMAS que trabajan en atención primaria, con las siguientes características socio-demográficas:

- 83,9% eran mujeres y el 16,1% hombres, con una razón mujer/hombre de 5,2
- La edad de los participantes está descrita en la Figura 2.

RESULTADOS

Figura 2. Tramos de edad de los participantes en la encuesta



- Por categoría profesional hubo más participación de médicos (49,5% de las respuestas totales), y menos de enfermeros (32,3%) y residentes (20,4%).

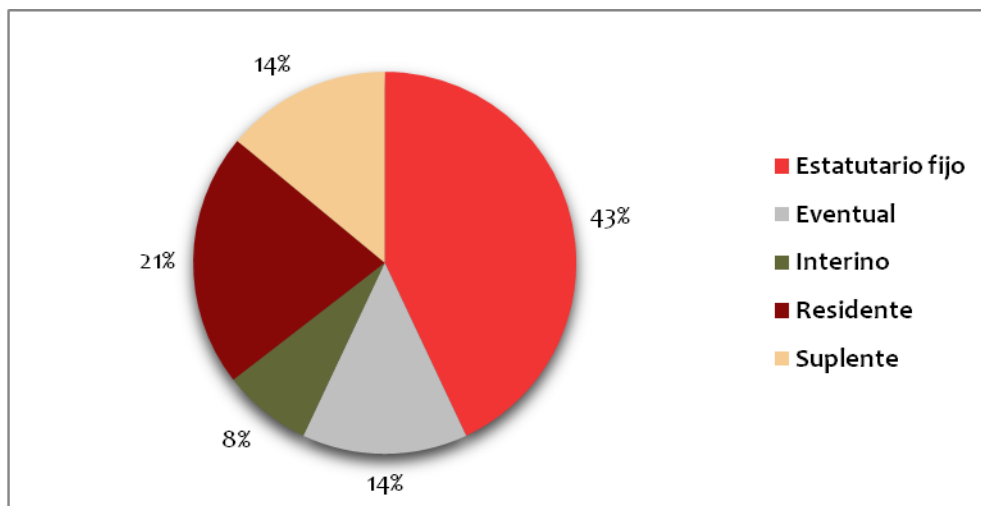
Tabla 15. Distribución de la categoría profesional por sexo

	ENFERMERO n (%)	MÉDICO n (%)	RESIDENTE n (%)	Total n(%)	Sig. estadística
Hombre	0 (0)	12 (12,9)	3 (3,3)	15 (16,1)	p=0,01
Mujer	30 (32,3)	34 (36,6)	14 (15,0)	78 (83,9)	
Total	30 (32,3)	46 (49,5)	17 (18,3)	93 (100)	

- Respecto al tipo de contrato, 40 eran estatutarios fijos, 20 residentes, 13 eventuales, 13 suplentes y 7 interinos. La distribución por porcentajes se muestra en la Figura 3.

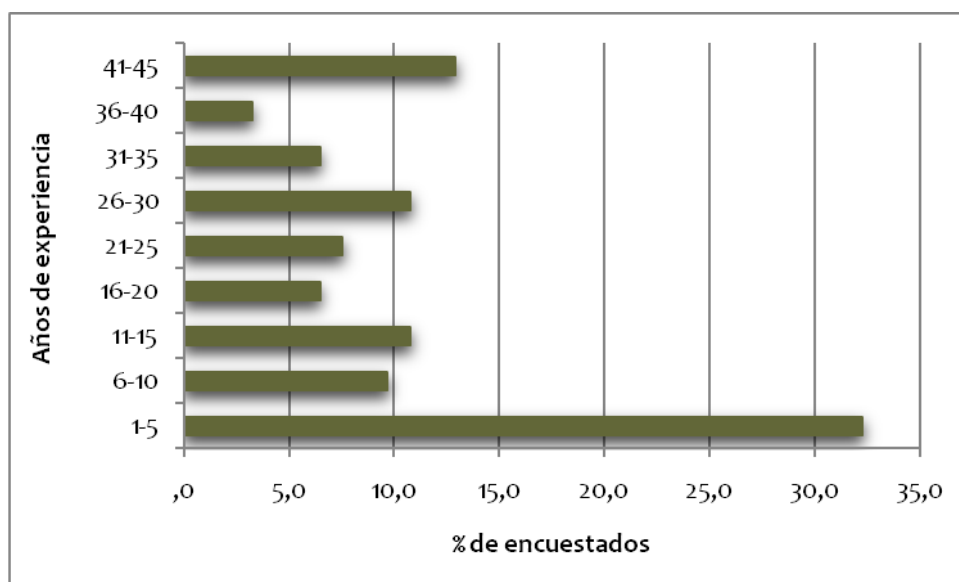
RESULTADOS

Figura 3. Porcentaje de profesionales de cada categoría profesional que contestaron la encuesta



- La experiencia profesional, años trabajados, entre los encuestados se refleja en la Figura 4.

Figura 4. Distribución en porcentaje de la experiencia profesional de los encuestados



RESULTADOS

- El 78,5% de los encuestados aseguró tener algún tipo de formación bioética o en temas legales, mientras que el 21,6% de ellos no. Los resultados por categoría profesional se muestran en la Tabla 16.

Tabla 16. Distribución de formación ético-legal por categoría profesional

	ENFERMERO n (%)	MÉDICO n (%)	RESIDENTE n (%)	Total n(%)	Sig. estadística
No	10 (10,8)	10 (10,8)	0 (0)	20 (21,6)	p=0,028
Sí	18 (19,4)	36 (38,7)	19 (20,4)	73 (78,5)	

2. Descripción de la situación actual de la opción *no imprimible*

CONOCIMIENTO de la opción no imprimible

Datos encuesta

Los resultados completos sobre el **conocimiento** de la opción *no imprimible* por las diferentes variables de la encuesta realizada a los profesionales sanitarios se recogen en el Anexo 9.

La opción *no imprimible* no era conocida por el 20,4% de los encuestados. De ellos el 100% eran mujeres y el 7,5% de edad comprendida entre los 25 y los 29 años. El 84,2% de ellas eran enfermeras, con representación de todos los tipos de contrato y una experiencia profesional de entre 1 y 5 años en el 42,1% de las veces. El 57,9% de ellas aseguró tener formación bioética o legal.

El 79,6% de los profesionales aseguraron conocer la opción *no imprimible*. El 79,7% fueron mujeres y el 20,3% hombres. El intervalo de edad mayoritario fue el comprendido entre 25 y 29 años (16,1%) seguido por el intervalo de edad 60-64 años (14%). En este caso el 59,5% eran médicos, el 18,9% enfermeros y el 21,7% residentes. La mayoría eran estatutarios fijos (45,9%) seguidos por residentes (23%).

RESULTADOS

El 83,8% de este grupo aseguró tener algún tipo de formación sobre temas legales o de bioética.

La relación entre el conocimiento de la opción *no imprimible* y las variables de formación ético-legal y categoría profesional se muestran en la Tabla 17.

Tabla 17. Relación entre el conocimiento de la opción *no imprimible* y la formación ético-legal recibida y la categoría profesional

	CONOCIMIENTO		Total n(%)	Sign. estadística
	NO n (%)	SÍ n (%)		
Formación ético-legal				
No	8 (8,6)	12 (12,9)	20 (21,5)	p=0,014
Si	11 (11,8)	62 (66,7)	73 (78,5)	
Categoría profesional				
Enfermero	16 (17,2)	14 (13,1)	30 (32,3)	p<0,001
Médico	2 (2,2)	44 (47,3)	46 (49,5)	
Residente	1 (1,1)	16 (17,2)	17 (18,3)	

Prevalencia de USO y PERFIL DEL PROFESIONAL que utiliza la opción *no imprimible*

Datos encuesta

Los resultados completos sobre el uso de la opción no imprimible por las diferentes variables de la encuesta realizada a los profesionales sanitarios se recogen en el

RESULTADOS

Anexo 10.

El 44,1% de ellos asegura no haber utilizado nunca la opción *no imprimible*. En el 92,7% de los casos fueron mujeres, en un intervalo de edad entre 25 y 29 años (26,8% de las respuestas). El 68,3% eran enfermeras, el 31,7% estatutario fijo y el 36,6% con una experiencia profesional de 1 a 5 años. En el 68,3% de los casos el profesional refirió haber recibido alguna formación ética o legal.

Del 55,9% de los profesionales encuestados que sí que habían usado la opción no imprimible, un 76,9% fueron mujeres, de intervalo de edad mayoritario con el 21,2% entre 25 y 29 años, y categoría profesional mayoritaria de médicos, con 73,1% de las respuestas. Predomina el tipo de contrato estatutario fijo (51,9%) y una experiencia profesional de 1 a 5 años en el 28,8% de los encuestados. El 86,5% respondió haber recibido alguna formación ética o legal.

Existe diferencia estadísticamente significativa en la relación del uso de la opción de privacidad *no imprimible* y la categoría profesional tal como se observa en la Tabla 18.

Tabla 18. Relación entre el uso de la opción *no imprimible* y la categoría profesional en las encuestas

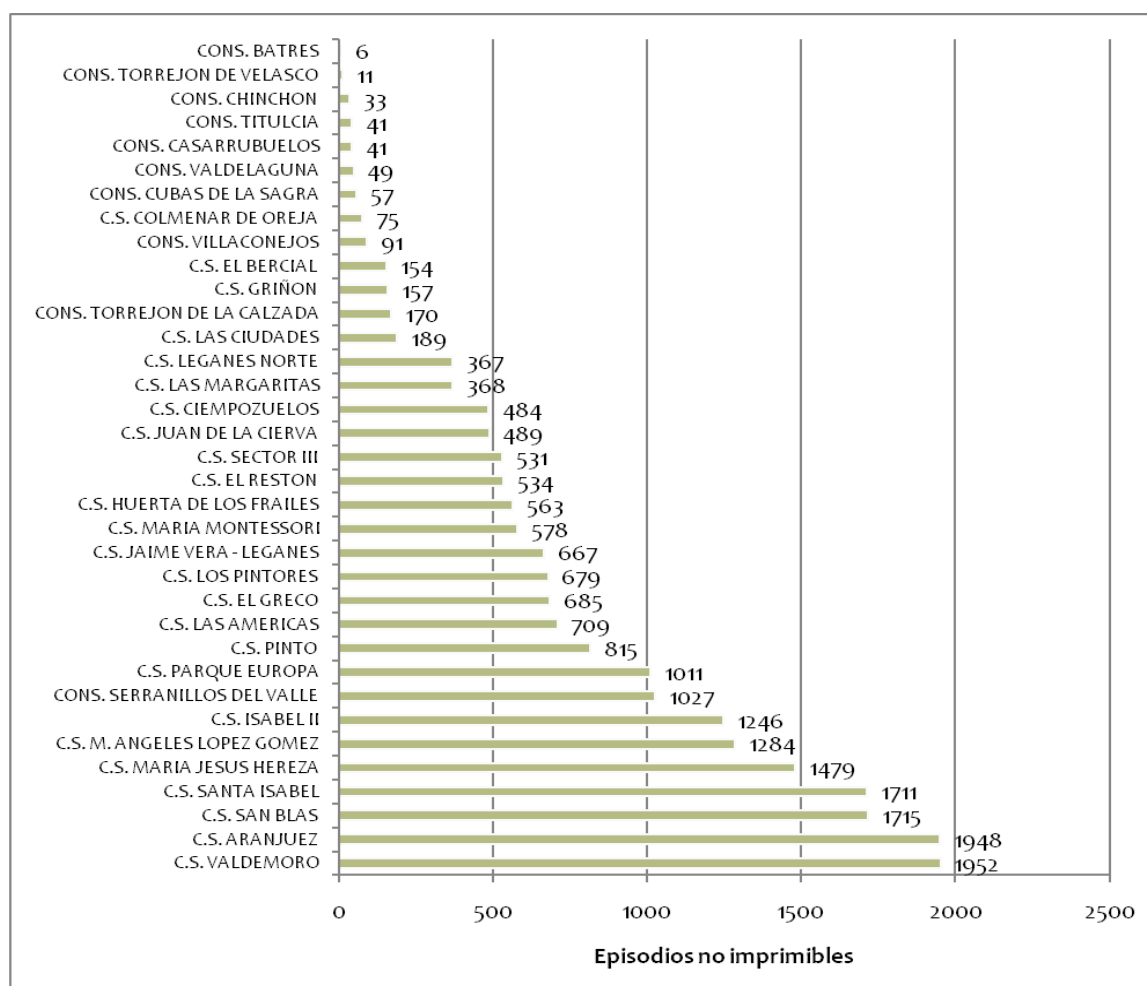
		CATEGORÍA PROFESIONAL				Sig. estadística
		ENFERMERO n (%)	MÉDICO n (%)	RESIDENTE n (%)	Total n (%)	
USO	No	28 (30,1)	8 (8,6)	5 (5,4)	41 (44,1)	p<0,001
	Sí	2 (2,2)	38 (40,9)	12 (12,9)	52 (55,)	

RESULTADOS

Datos DAS

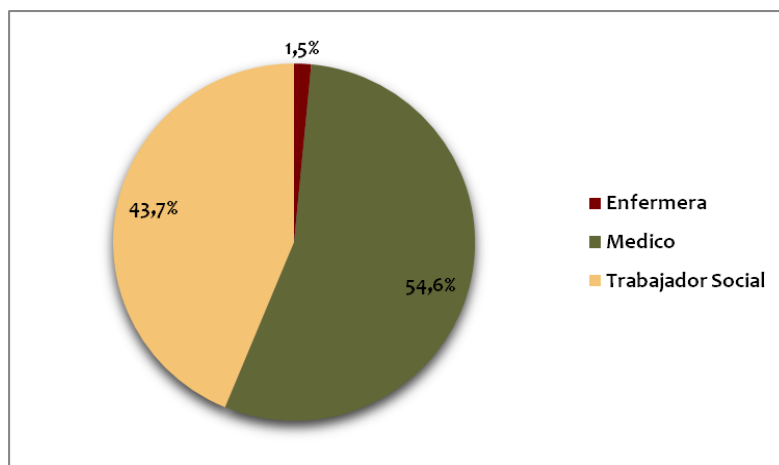
Entre los años 2013 y 2016 se contabilizan 21916 episodios *no imprimible* realizados en los CS o CL de la base de datos de la DAS. Por cada uno de ellos, la frecuencia de realización de estos episodios se distribuye según se muestra en la Figura 5.

Figura 5. Número de episodios no imprimible por CS o CL entre los años 2013 a 2016 en la DAS



Por categoría profesional hay 11.963 episodios realizados por médicos, 331 realizados por enfermería y 9.572 creados por profesionales de trabajo social (Figura 6).

RESULTADOS

Figura 6. Número de episodios *no imprimible* realizados por cada categoría profesional en la DAS

Por cada profesional hay una gran variabilidad en la creación de episodios *no imprimible*, con un rango que va desde 1726 (en un solo profesional) a 1 episodio por profesional en el tiempo de estudio. La distribución por profesional (cada uno de ellos identificado con un número del 1 al 77) y el número de episodios creados se observa en la Tabla 19. Se excluyeron 2579 episodios que no están asociados a ningún CIAS.

Tabla 19. Número de episodios *no imprimible* creados y número de profesionales con ellos en la DAS

EPISODIOS	N° de profesionales	EPISODIOS	N° de profesionales	EPISODIOS	N° de profesionales
1726	1	76	2	25	5
1635	1	72	2	24	6
1351	1	71	1	23	5
989	1	67	2	22	3
936	1	58	1	21	3
709	1	57	1	20	3
692	1	55	1	19	6
550	1	53	3	18	7
362	1	52	1	17	6
303	1	48	2	16	8
297	1	46	2	15	6

RESULTADOS

239	1	45	1	14	12
190	1	44	1	13	14
174	1	43	1	12	19
169	1	40	1	11	14
167	1	39	2	10	12
153	1	36	3	9	17
150	1	35	4	8	13
130	1	34	1	7	18
100	1	33	2	6	35
99	1	32	3	5	33
97	1	31	2	4	66
89	1	30	2	3	81
87	1	28	4	2	154
83	1	27	3	1	471
				Total	1092

Esta variabilidad entre diferentes profesionales se refleja en el número de episodios creados en cada uno de los 35 CS o CL analizados, y en el tipo de profesional que los realiza. Se recoge en la Tabla 20 y en la Figura 7.

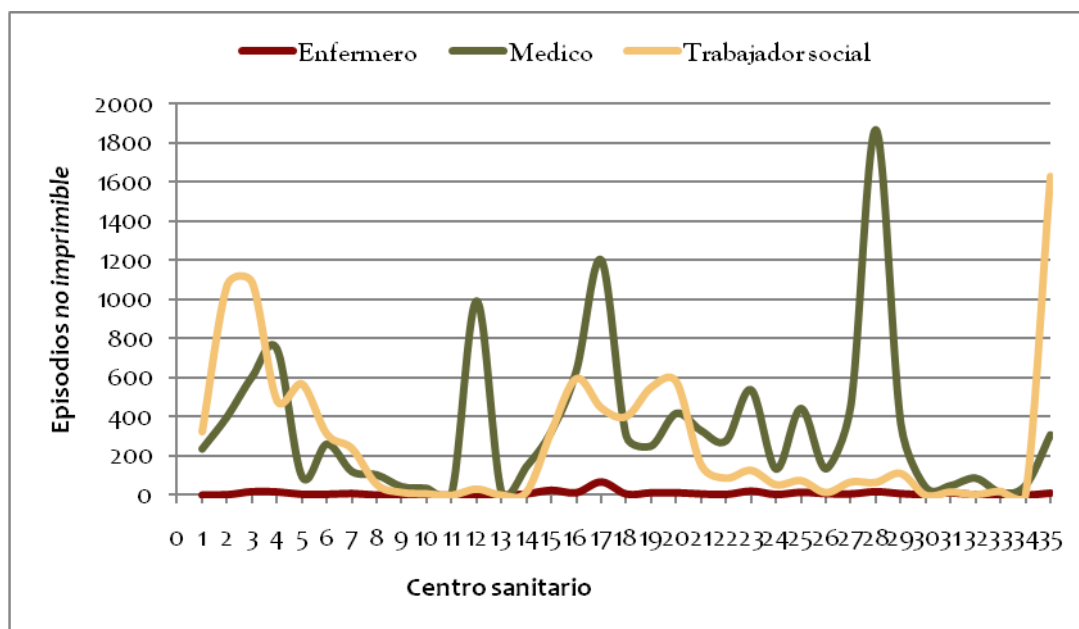
Tabla 20. Número de episodios no imprimible creados en cada CS de la DAS por categoría profesional

	CENTRO DE SALUD	MÉDICO	ENFERMERO	TRABAJADOR SOCIAL
1	CS Huerta de los Frailes	234	1	326
2	CS María Jesús Hereza	399	3	1075
3	CS Santa Isabel	603	18	1090
4	CS M ^a Ángeles López Gómez	744	17	484
5	CS Jaime Vera	92	5	570
6	CS María Montessori	259	5	313
7	CS Leganés Norte	118	9	240
8	CS Griñón	101	1	55
9	CL Cubas de la Sagra	40	2	15
10	CL Casarrubuelos	32	1	8
11	CL Batres	6	0	0
12	CL Serranillos del Valle	991	3	32
13	CL Torrejón de Velasco	10	0	1
14	CL Torrejón de la Calzada	144	7	17
15	CS Los Pintores	324	25	329
16	CS Isabel II	636	13	597

RESULTADOS

17	CS San Blas	1200	66	447
18	CS Las Américas	300	6	403
19	CS Pinto	249	13	553
20	CS Parque Europa	416	13	582
21	CS Juan de la Cierva	327	7	155
22	CS Las Margaritas	276	4	88
23	CS El Greco	536	21	128
24	CS Las Ciudades	131	4	54
25	CS Sector III	441	15	75
26	CS El Bercial	132	8	14
27	CS El Restón	459	7	68
28	CS Valdemoro	1868	18	66
29	CS Ciempozuelos	364	8	112
30	CL Titulcia	37	4	0
31	CS Colmenar de Oreja	46	12	17
32	CL Villacanejos	84	3	4
33	CL Chinchón	11	1	21
34	CL Valdelaguna	47	0	2
35	CS Aranjuez	306	11	1631

Figura 7. Distribución de episodios no imprimible por categoría profesional y por centro sanitario en la DAS (numerados según la Tabla 20)



RESULTADOS

Por sexo del paciente, el 58,7% se realizó en historias clínicas de mujeres, y el 41,3% en historias clínicas de hombres.

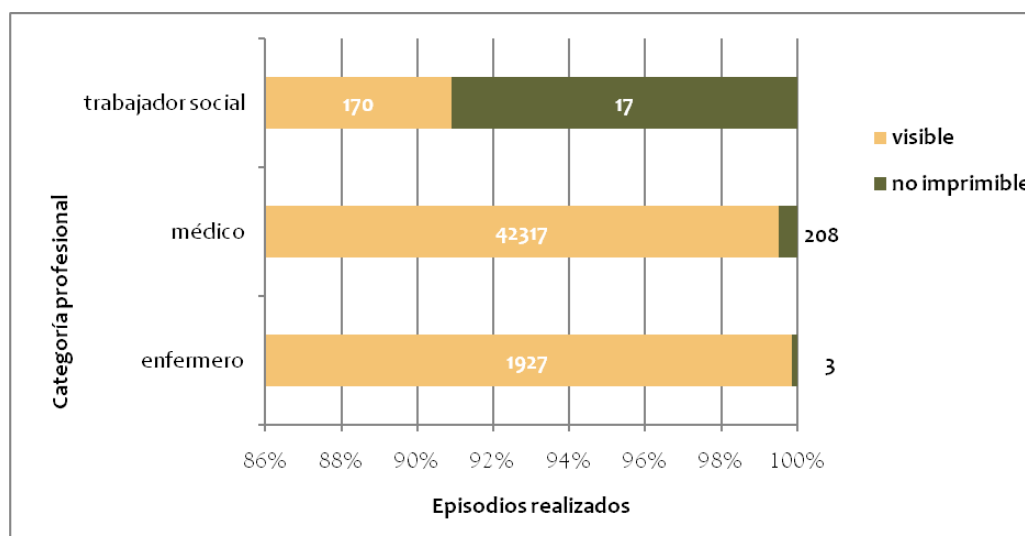
En cuanto al número de episodios por paciente, en el 97,2% de las ocasiones se realizaron entre uno y dos episodios. Como valores extremos, hay 2 pacientes con 19 episodios, y 3 pacientes con 21, 25 y 27 episodios respectivamente.

Se cerraron un total de 3290 episodios del total de episodios realizados, constituyendo el 17,6% de ellos.

Datos CS El Greco

En el CS El Greco durante el año 2016 se registraron un total de 44.642 episodios. Por categoría profesional y en función del número de episodios *visible* o *no imprimible* registrados, la distribución de episodios realizados se muestra en la Figura 8, con una significación estadística de $p < 0,001$.

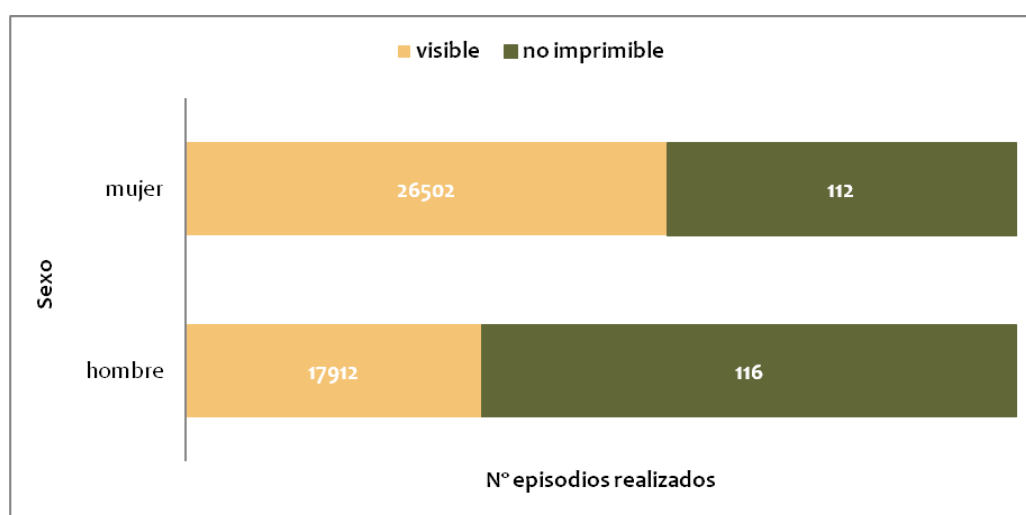
Figura 8. Comparativa de la relación de episodios *visible* vs *no imprimible* en cada categoría profesional en el CS El Greco



RESULTADOS

En total, en el CS El Greco, 228 episodios fueron catalogados como no imprimible, un 0,5% del total de episodios creados. Hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,01$) entre los realizados sobre hombres (116 episodios, un 0,6% del total) frente a los realizados sobre mujeres (112, un 0,4% del total), teniendo en cuenta el total de episodios realizados sobre cada sexo. Los resultados pueden observarse en la Figura 9.

Figura 9. Relación de episodios visible y no imprimible realizados en cada sexo



La media de edad del paciente con episodios *no imprimible* fue de $40,7 \pm 19,99$ años (IC 95%: 20,71; 80,68).

Los episodios con más frecuencia catalogados no imprimible fueron en primer lugar *inhibición/pérdida/ausencia de satisfacción sexual* (con 20 episodios), seguido de *miedo a otras enfermedades* (14 episodios), *problemas de relación entre cónyuges* (13 episodios), *pobreza/problemas económicos* (7 episodios), *abuso de drogas* (6 episodios) y *uretritis inespecífica/no venérea* (6 episodios). Los diagnósticos más frecuentes creados por cada categoría profesional se muestran en la Tabla 21.

RESULTADOS

Tabla 21. Tipos de episodios no imprimibles por categoría profesional en el CS El Greco

	CIAP	DESCRIPCIÓN	n (%)
MÉDICO	P07	Frigidez; Pérdida libido femenina/masculina	20 (9,6)
	A27	Miedo a otras enfermedades	14 (6,7)
	Z12	Problemas de relación entre cónyuges	12 (5,8)
	A97	Sin enfermedad	6 (2,9)
	P19	Abuso de drogas	6 (2,9)
	U72	Uretritis inespecífica/no venérea	6 (2,9)
	Y07	Signos y síntomas de la potencia sexual	5 (2,4)
	A26	Miedo al cáncer	4 (1,9)
	P16	Abuso de alcohol crónico	4 (1,9)
	P03	Alteraciones depresivas	4 (1,9)
ENFERMERO	S18	Laceraciones/heridas incisas	1 (33,3)
	Z04	Problemas de emigración/sociales/con la cultura	1 (33,3)
	Z14	Problemas con el cónyuge enfermo	1 (33,3)
TRABAJADORA SOCIAL	Z01	Pobreza/problemas económicos	7 (41,2)
	Z07	Minusvalía socialmente hablando	4 (23,5)
	Z08	Problemas con la seguridad social/bienestar	2 (11,8)
	Z10	Problemas con el sistema de atención de la salud/acceso	1 (5,9)
	Z12	Problemas de relación entre cónyuges	1 (5,9)
	Z16	Problemas de relación con los hijos	1 (5,9)
	Z24	Problemas de relación con los amigos	1 (5,9)

Por categoría profesional, 29 profesionales sanitarios registraron algún episodio como *no imprimible*. 23 fueron médicos (el 79,31%), 3 fueron enfermeros (el 10,34%) y 3 trabajadores sociales (10,34%).

Distribuidos por CIAS, un profesional médico realizó casi la mitad de los episodios *no imprimible* (el 49,1%), siendo la trabajadora social el siguiente profesional con más episodios creados, con 14 (6,1%). Hay 18 episodios (el 7,9%) que no puede atribuirse con claridad a ninguna categoría profesional al no estar asociados a ningún CIAS.

En un análisis del número de episodios totales cerrados (es decir, con fecha de finalización y pasados al histórico), éstos constituyen 4.032 del total de 44.642

RESULTADOS

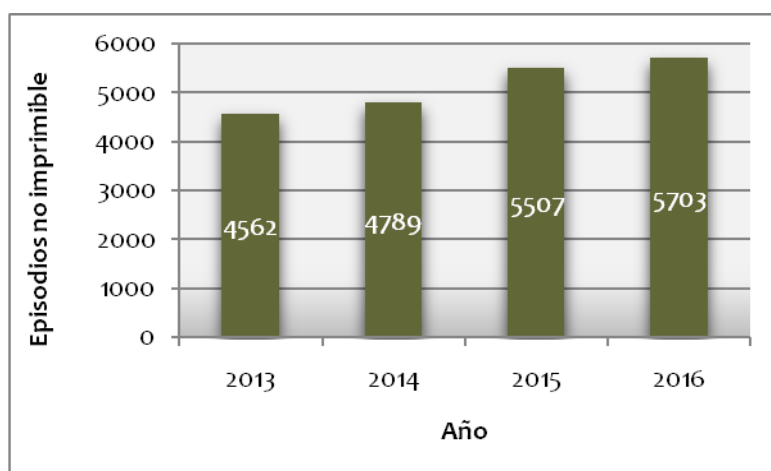
episodios creados en el año 2016 (un 9,03%). Analizando exclusivamente los episodios no imprimibles se cerraron 30 de un total de 228 episodios no imprimibles, constituyendo el 13,38% de ellos.

EVOLUCIÓN TEMPORAL de la opción no imprimible

DAS

La realización de episodios *no imprimible* en la **DAS** ha ido aumentando de forma progresiva desde 2013 a 2016, siendo este último año su uso un 25,01% mayor que el primero.

Figura 10. Número de episodios *no imprimible* por año en la DAS



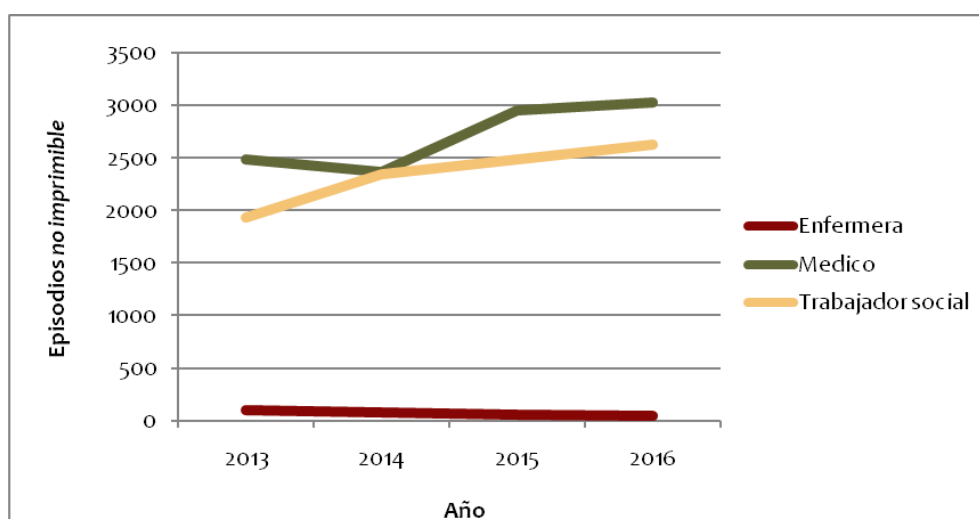
Sin embargo, el uso por categoría profesional presenta diferencias, como se muestra en la Figura 11:

- El uso por enfermería disminuye progresivamente, de 94 episodios en 2013 a 42 episodios en 2016, un 55,32% menos que el primer año.

RESULTADOS

- Los trabajadores sociales han ido aumentando su uso con el paso de los años, creando 1.937 episodios en 2013 y 2634 en 2016, lo que constituye un incremento de un 35,98%.
- Los médicos han aumentado su uso desde 2013 (2.486 episodios) a 2016 (3.027 episodios) aunque en el año 2014 crearon menos episodios *no imprimible* que el año anterior. En global supone un incremento de uso de un 21,76% respecto al primer año.

Figura 11. Número de episodios *no imprimible* por año y por categoría profesional en la DAS



En relación con la evolución temporal a lo largo del año, en el año 2016 en la DAS la distribución de episodios por mes disminuye en julio y agosto. El mes en el que se realizaron más episodios *no imprimible* fue en mayo (569 episodios, un 10% del total). Se muestra en la Figura 12.

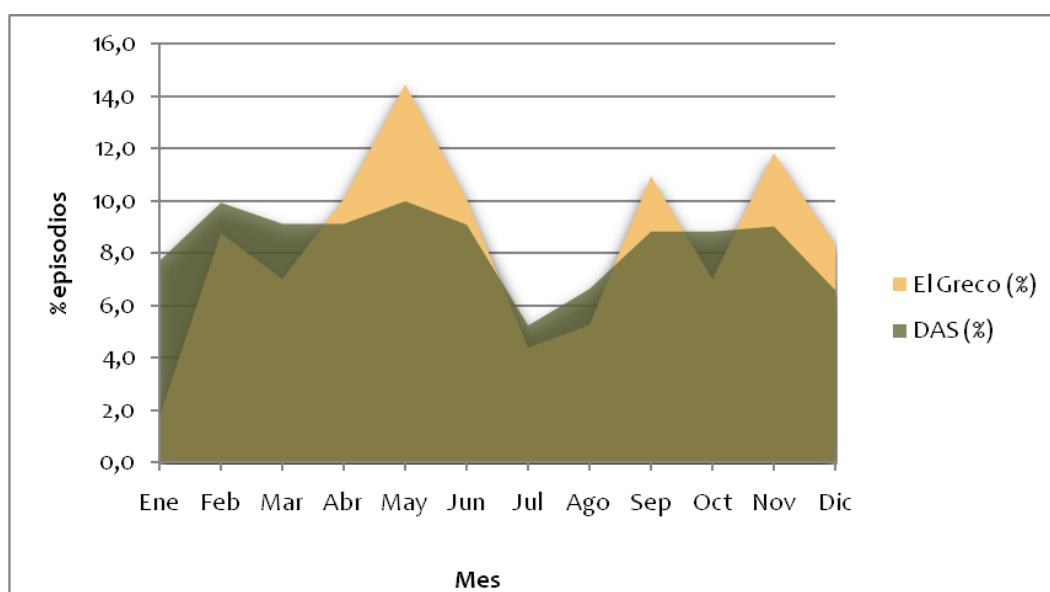
CS El Greco

En el **CS El Greco** durante el año 2016 se observan una disminución de episodios de cualquier tipo (*visible* y *no imprimible*) en los meses de julio y agosto. Los meses

RESULTADOS

en los que más episodios *no imprimible* se crearon fue mayo (33 episodios, un 14,5% del total) La distribución por meses de la creación de episodios de la DAS y del CS el Greco se observa en la Figura 12.

Figura 12. Distribución por meses entre el CS El Greco y la DAS de los episodios *no imprimible* creados en el año 2016



3. Descripción de las características de la opción *no imprimible*

Búsqueda de la FINALIDAD de la opción no imprimible

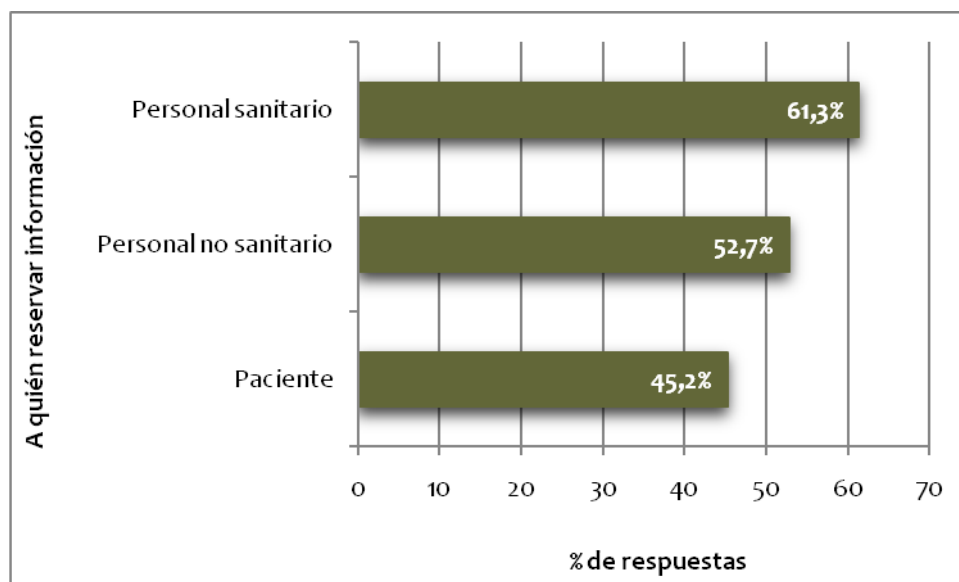
Datos encuesta

La **encuesta** realizada a los profesionales sanitarios de atención primaria incluía una pregunta sobre el fin que se busca con el uso del atributo de privacidad *no imprimible*. La respuesta podía ser múltiple, de tal forma que cada profesional podía elegir una, dos o las tres respuestas.

Los resultados se muestran en la Figura 13.

RESULTADOS

Figura 13. Elección por los profesionales de la finalidad de la opción *no imprimible* en función del sujeto a quién reservar la información



En opinión de los profesionales encuestados la opción no imprimible de la HCE puede utilizarse en cualquiera de las opciones señaladas, siendo mayoritaria la opinión de que se usa para evitar que otros profesionales sanitarios que van a atender al paciente puedan conocer datos clínicos del mismo que no le impiden, sin embargo, realizar una correcta actividad asistencial.

Consenso de expertos

El consenso del **grupo de expertos** sobre la finalidad de la opción *no imprimible* expone:

1. *Existen muchas referencias de carácter genérico a la importancia de preservar la confidencialidad y limitar el acceso al contenido de las HCE. La opción de marcar una historia clínica con un nivel alto de confidencialidad puede contribuir a limitar ese acceso.*

RESULTADOS

2. *No hay normativa legal específica donde se describa la finalidad y el uso correcto de la opción no imprimible del programa AP-Madrid de HCE del SERMAS.*
3. *Los episodios clasificados como no imprimible tienen la característica de que no se imprimen en los siguientes documentos: informe de salud, resumen de historia clínica, informe sobre condicionantes de salud (preciso para solicitar ley de dependencia, centros de día o teleasistencia) y partes de interconsulta. Sin embargo, sí se imprimirá el episodio y todo su contenido (salvo los comentarios subjetivos) en caso de solicitar una copia de la historia clínica.*
4. *Siendo el nombre del epígrafe "atributo de privacidad" (que incluye las opciones visible y no imprimible), se puede suponer que su utilidad se orienta en pro de salvaguardar de accesos inadecuados la intimidad del paciente.*
5. *Sobre la finalidad de la opción no imprimible, se analizan los usos más frecuentes que se deducen de su utilización y se describen las recomendaciones en cada caso:*

RESULTADOS

USO	RECOMENDACIÓN	CONSIDERACIONES	SOLUCIÓN ALTERNATIVA
Evitar el acceso a información clínica a personal no sanitario (auxiliares administrativos, celadores...) ajenos a la asistencia	No debe ser el uso habitual	<ul style="list-style-type: none"> - El personal no sanitario no tiene derecho de acceso a la información clínica de la historia clínica electrónica (HCE) del paciente, por lo que no es necesaria esta precaución. - En general, no precisan de la información clínica impresa para realizar su función. - En caso de precisar información para realizar una labor concreta, el acceso a los datos clínicos es legítimo y quedan obligados por el deber de reserva o secreto 	Establecer en la UNAD un procedimiento para que no soliciten al paciente de forma rutinaria la hoja impresa en consulta.
Evitar el acceso a información clínica a facultativos con acceso a la HCE pero no directamente implicados en la asistencia (familiares, responsables del centro...)	No debe ser el uso habitual	Al desaparecer la opción <i>yo mismo</i> que evitaba que la HCE mostrase información en pantalla, la información será visualizada por todos aquellos que accedan a la HCE del paciente, sea este acceso legítimo o no. La opción <i>no imprimible</i> solo limita el acceso a información impresa. No se consigue por tanto lo que se pretende evitar	Ninguna
Evitar que el paciente lea algún comentario subjetivo de su médico o información relativa a terceros	Existen alternativas a este uso	Su uso buscaba reservar comentarios subjetivos del conocimiento del paciente. Actualmente en el cuadro de texto o apunte existe la opción de señalar mediante un "tic" el comentario como subjetivo, evitando así su impresión	Usar la opción <i>comentario subjetivo</i>
Evitar que el paciente lea algún comentario descalificador	No debe ser el uso habitual	La HC debe contener información relevante y ajustada a la finalidad de la misma, la asistencia al paciente. Los comentarios de esta naturaleza son inadecuados	Abstenerse de incluir comentarios u opiniones personales ofensivos o no relevantes en la HCE del paciente
Evitar que el paciente conozca una información clínica que puede perjudicarlo (estado de necesidad terapéutica o "privilegio" terapéutico)	Uso justificado y acorde a ley	Esta situación excepcional es decidida por el profesional (no por la familia), cuando el conocimiento de la información de su enfermedad puede perjudicar al paciente conforme a los criterios de su médico. En este caso se comunicará la información a la familia y se registrará en la HCE el motivo por el que no se comunica al paciente (art. 5.4. de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica). No comunicar información clínica al paciente por deseo de un familiar es contrario a la ley.	Revisar periódicamente la vigencia de las circunstancias que justificaron esta situación de falta de información excepcional
Evitar que otro profesional conozca información sensible que no precisa para realizar su labor asistencial	Uso justificado y acorde a ley	<ul style="list-style-type: none"> - El deber de secreto profesional no da derecho a acceder a toda la información de la HCE. El art. 29.3 del Código de Deontología Médica recuerda que "el médico debe tener justificación razonable para comunicar a otro información confidencial de sus pacientes" - La información revelada debe ser relevante para la realización de la labor asistencial 	

RESULTADOS

Los profesionales encuestados y los expertos consultados coinciden en que la **utilización principal** de esta herramienta debe ser impedir que, de forma generalizada, otros profesionales sanitarios que participan en la atención al paciente puedan tener conocimiento de datos clínicos confidenciales y sensibles que no necesitan para llevar a cabo su labor asistencial.

Códigos CIAP en los que usar la opción

Datos encuesta

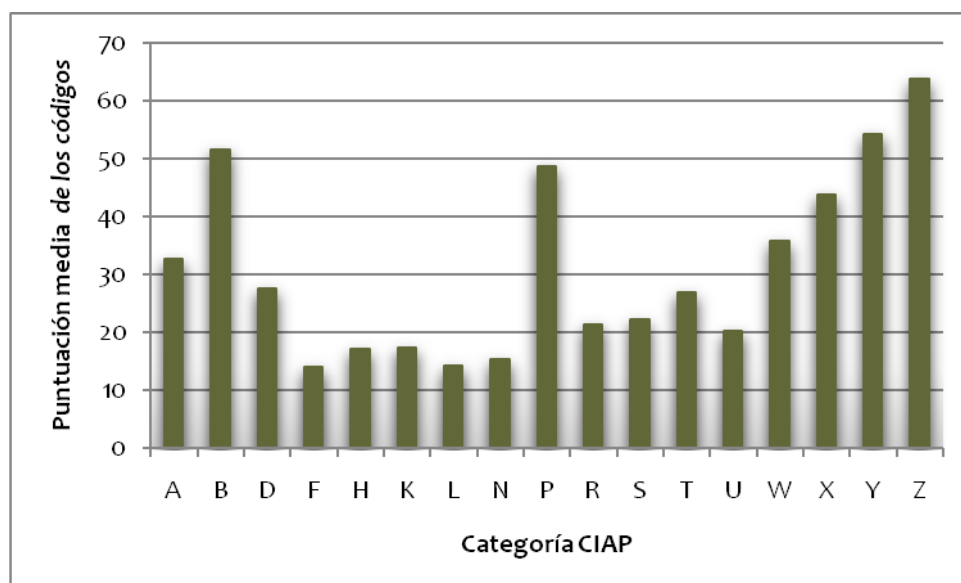
La opinión de los **profesionales** sobre todos los códigos CIAP preguntados respecto a si debería asignarse la opción de privacidad *no imprimible*, y el porcentaje de elección de cada código, se recoge en el Anexo 11.

En ninguno de los **códigos** hubo unanimidad en la respuesta, siendo el nivel máximo de coincidencia a favor de un 93,5% en tres códigos: *P09-Exhibicionismo/Masoquismo sexual; Paidofilia; Zoofilia, X82-Violación; lesión aparato genital femenino* y *Z13-Cónyuge adicción a drogas/alcohol; Cónyuge infidelidad/jugador*, y el nivel máximo de coincidencia en contra de 96,8% en el código *K75-Rotura cardiaca/coronaria infarto; Ruptura miocardio/corazón*.

Si se realiza un análisis más general por **categorías de la CIAP** (realizando en cada categoría la media de votos que obtuvieron los códigos) se aprecia la diferencia entre aquellas categorías que contienen más códigos seleccionados como *no imprimible* y las que tienen menos. Se muestra en la Figura 14.

RESULTADOS

Figura 14. Categorías de la CIAP y la media de puntuación de sus códigos como no imprimible por profesionales



Analizando únicamente los **códigos CIAP con un consenso $\geq 50\%$** a favor del uso sobre ellos de la opción *no imprimible*, se obtienen los resultados de la Tabla 22. En ella se describe el porcentaje de códigos seleccionados de cada categoría. Se aprecia que el 86% de los códigos de la categoría Z (problemas sociales) fue seleccionado, frente a las categorías F (ojos y anejos), H (aparato auditivo), K (aparato circulatorio), L (aparato locomotor), N (sistema nervioso), R (aparato respiratorio) y U (aparato urinario), que no aparecen reflejadas porque ninguno de sus códigos fue seleccionado por $\geq 50\%$ de los encuestados.

Tabla 22. Categorías y códigos más señalados por los profesionales como susceptibles de ser no imprimible

CIAP	DESCRIPTOR	% encuestados	TOTAL códigos	% de la categoría (total/todos los códigos)
A				
A20	Eutanasia petición/discusión	67,7	1	2 (1/50)

RESULTADOS

B				
25	Miedo de padecer muerte	68,8		
85	Exceso alcoholemia	61,3	3	11 (3/28)
90	SIDA/Sdr. Inmunodeficiencia Adquirida	72		
D				
D79	Cuerpo extraño en recto	74,2	1	2 (1/57)
P				
P02	Duelo tras muerte /actos violentos	53,8		
P04	Cólera/enfado/irascible/irritable/rabieta	51,6		
P07	Frigidez; Pérdida de líbido masculina/femenina	78,5		
P08	Dispareunia/Impotencia/Eyac precoz/Vaginismo psicógenos	84,9		
P09	Exhibicionismo/Masoquismo sexual; Paidofilia; Zoofilia	93,5		
P12	Enuresis psicógena	53,8		
P13	Encopresis psicógena	57		
P15	Abuso alcohol crónico; Celotipia/Psicosis alcohólica	64,5		
P16	Borrachera; Abuso de alcohol agudo; Problema alcohol	68,8	17	41 (17/41)
P18	Abuso de fármaco	52,7		
P19	Dependencia/Psicosis por drogas; abuso cola pegamento	71		
P23	Delincuencia juvenil; Alteración emocional adolescente	73,1		
P25	Divorcio; enviudamiento; Miedo a estar loco; Prob fase vida	64,5		
P27	Miedo de padecer perder mi mente/suicidio/volverse loco	66,7		
P29	Masturbación; Quejarse excesivamente; Conducta anormal	81,7		
P77	Sentirse autodestructivo; Ideas/impulsos suicidas	54,8		
P85	Borderline; Retraso mental; Subnormalidad	53,8		
S				
S72	Sarna; Ácaros; Escabiosis	54,8		
S73	Infestación larvas/piojos/pulgas cuerpo cabello o pubis	61,3	3	5 (3/57)
S83	Pezones supernumerarios	54,8		
T				
To6	Anorexia nerviosa; Bulimia; Incapacidad dejar de comer	63,4	1	1 (1/69)
W				
W02	Miedo de estar embarazada; Miedo al embarazo	54,8		
W10	Píldora del día siguiente; Rotura de preservativo	86		
W15	Esterilidad/infertilidad femenina	57	6	15 (6/39)
W79	Embarazo confirmado no deseado	59,1		
W83	IVE; Aborto ilegal/inducido/provocado	87,1		
W93	Parto complicado nacido muerto	53,8		
X				
X04	Dolor en coito; Coito difícil; Vaginismo	84,9		
X21	Asimetría mamas; Problema forma/tamaño de la mama	54,8		
X23	Miedo padecer enfermedad venérea mujer	66,7		
X24	Miedo de padecer disfunción sexual femenina	62,4		
X28	Incapacidad-minusvalía aparato genital femenino	50,5		
X70	Sífilis	77,4		
X71	Gonorrea (vaginitis/cervicitis/uretritis)	77,4	12	24 (12/50)
X73	Tricomoniiasis (vaginitis/cervicitis)	64,5		
X82	Violación; Lesión aparato genital femenino	93,5		
X83	Himen estrecho/perforado; Anomalía congénita genital	72		
X90	Herpes simple genital femenino	63,4		
X91	Condiloma acuminado; Verruga venérea femenina	68,8		
Y				
Y01	Dolor en pene	54,8	15	43 (15/35)

RESULTADOS

Y04	Erección dolorosa; Inflamación pene; Priapismo	77,4		
Y07	Impotencia orgánica; Disfunción sexual	87,1		
Y10	Azoospermia; Esterilidad/impotencia masculina	77,4		
Y24	Miedo de padecer disfunción sexual masculina	61,3		
Y25	Miedo de padecer enfermedad venérea masculina	66,7		
Y28	Incapacidad-minusvalía orgánica genital masculina	59,1		
Y70	Sífilis (chancro/ITU)	77,4		
Y71	Gonorrea (ITU/uretritis)	77,4		
Y72	Herpes simple genital masculino	74,2		
Y75	Balanitis; Candidiasis urogenital masculina; Infección pene	50,5		
Y76	Condiloma acuminado; Verruga venérea masculina	71		
Y80	Amputación traumática genital varón	66,7		
Y84	Hermafroditismo; Anomalía congénita genital masculina	68,8		
Y99	Chancro; Hipertrofia/atrofia genital; Tricomonomiasis, LGV	71		
Z				
Z01	Pobreza; Problemas económicos	74,2		
Z02	Problemas de alimentos/agua	63,4		
Z03	Problemas de vivienda; Vagabundeo; Vivir solo	69,9		
Z04	Discriminación color/raza/religión/sexo; Inadaptación social	84,9		
Z05	Insatisfacción empleo; Miedo de perder el trabajo	63,4		
Z06	Desempleado; Parado; Incapacidad encontrar trabajo	65,6		
Z07	Problemas de educación; Analfabetismo; Fracaso escolar	66,7		
Z08	Problema bienestar social; Problema seguridad social	60,2		
Z09	Encarcelamiento; Juicio; Litigio; Problema legal/policial	89,2		
Z10	Problema acceso a la atención de salud;	51,6		
Z12	Abuso de cónyuge; Matrimonio crisis; Ruptura sentimental	89,2		
Z13	Cónyuge adicción a drogas/alcohol/juego; Infidelidad	93,5		
Z14	Cónyuge gravemente enfermo/incapacitado	57	25	86 (25/29)
Z15	Divorcio; Cónyuge encarcelamiento/enviudamiento	76,3		
Z16	Abuso de hijo/niños/infantil; Maltrato infantil	87,1		
Z18	Problema en atención de niños enfermos/incapacitados	55,9		
Z19	Muerte súbita niño/hijo; Pérdida de hijo	60,2		
Z20	Problemas con familiares (disputas/abuso violencia)	81,13		
Z21	Problema relación comportamiento de padres/familiares	68,8		
Z22	Problema por padres enfermos o incapacitados	55,9		
Z24	Problema de relación con amigos	60,2		
Z25	Problemas por violencia/violación/violencia no sexual	87,1		
Z27	Miedo de padecer problemas sociales	51,6		
Z28	Minusvalía/aislamiento/rechazo social	61,3		
Z29	Aislamiento social/personal	54,8		

Para un análisis más exhaustivo se han seleccionado únicamente aquellos que han obtenido una mayoría de opiniones a favor del uso en ellos de dicha opción, considerado como punto de corte un 75% o más de opiniones favorables.

Los episodios seleccionados se muestran en la Tabla 23.

RESULTADOS

Tabla 23. Códigos CIAP con $\geq 75\%$ opiniones a favor de catalogarlos no imprimible por profesionales

CIAP	DESCRIPCIÓN	SÍ (%)
P09	Alteración identidad psicosexual; Bestialismo; Exhibicionismo sexual; Fetichismo sexual; Masoquismo sexual; Paidofilia; Transexualidad; Travestismo; Zoofilia	93,5
X82	Violación; Problema resultante violación; lesión aparato genital femenino	93,5
Z13	Cónyuge adicción a drogas/alcohol; Cónyuge infidelidad/jugador	93,5
Z09	Acusación legal; Adolescencia problemas policiales-legales; Denuncia legal; Encarcelamiento; Juicio; Litigio; Problema legal/policía/juicio	89,2
Z12	Abuso de cónyuge/esposo/esposa; Disputa cónyuge/padres; Matrimonio crisis/dificultades/problemas; Malos tratos de cónyuge; Ruptura sentimental pareja	89,2
W83	IVE; Aborto ilegal/inducido/provocado	87,1
Y07	Impotencia orgánica; Disfunción sexual	87,1
Z16	Abuso de hijo/niños/infantil; Maltrato infantil	87,1
Z25	Problemas resultantes de asalto violencia/violación/violencia no sexual	87,1
W10	Contracepción postcoital; Píldora del día siguiente; Rotura de preservativo	86
P08	Dispareunia psicógena; Impotencia; Pérdida potencia sexual psi; Eyaculación prematura; Problema sexual disfunción masculina/femenina; Vaginismo psicógeno	84,9
X04	Dolor en coito; Coito difícil; Vaginismo	84,9
Z04	Discriminación color/raza/religión/sexo; Embarazo ilegítimo; Inadaptación social	84,9
P29	Conducta anormal; Ludopatía; Masturbación; Hechizamiento, Onicofagia; Quejarse excesivamente; Comportamiento extraño; Comerse las uñas	81,7
Z20	Problemas con familiares (disputas/abuso violencia)	81,13
P07	Frigidez; Pérdida líbido femenina/masculina	78,5
X70	Sífilis	77,4
X71	Gonorrea (vaginitis/cervicitis/uretritis)	77,4
Y04	Erección dolorosa; Inflamación pene; Tumefacción prepucio; Priapismo	77,4
Y10	Azoospermia; Esterilidad/impotencia masculina	77,4
Y70	Sífilis (chancro/ITU)	77,4
Y71	Gonorrea (ITU/uretritis)	77,4
Z15	Divorcio; Cónyuge encarcelamiento/enviudamiento/pérdida; Matrimonio ruptura/separación	76,3

El único código de la CIAP con diferencia estadísticamente significativa respecto a la categoría profesional que realizó el episodio fue Z16 – *Abuso de hijo/niños/infantil; Maltrato infantil*, con un valor de $p=0,049$.

RESULTADOS

Se observa que, en algunos códigos similares en las categorías X (aparato genital femenino) e Y (aparato genital masculino), tienen diferentes porcentaje de votos, como se muestra en la Tabla 24.

Tabla 24. Diferencias en la elección de un episodio como no imprimible a igualdad de patología y diferente sexo, por profesionales

X	DESCRIPTOR	Y
77,4	Sífilis	77,4
77,4	Gonorrea	77,4
66,7	Miedo a enfermedad venérea	66,7
62,4	Miedo a disfunción sexual	61,3
68,8	Condiloma acuminado	71,0
50,5	Minusvalía orgánica genital	59,1
63,4	Virus herpes simple genital	74,2
84,9	Dolor coito/Erección dolorosa	77,4

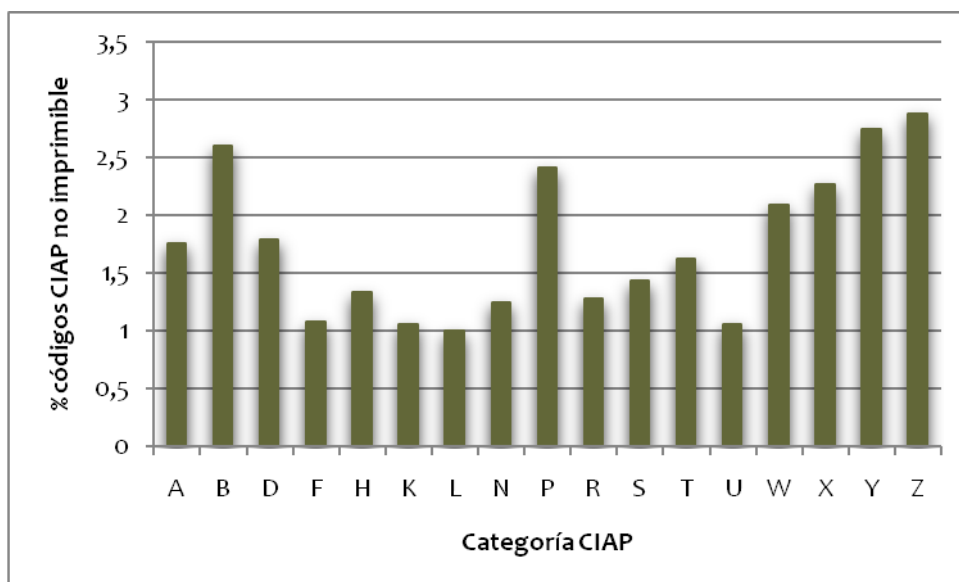
Consenso de expertos

Mediante el método Delphi entre **expertos** en temas médico-legales se buscaron aquellos códigos de la CIAP que en circunstancias habituales deberían tener asignado el atributo de confidencialidad *no imprimible*. El resultado final del consenso puede consultarse en el Anexo 12, donde se detalla la relación completa de códigos valorados, con la moda de la escala Likert de respuesta lineal 1-4, la desviación estándar y el rango intercuartílico de cada uno de ellos.

El análisis de la selección de **códigos por categorías** de la clasificación de la CIAP se observa en la Figura 15.

RESULTADOS

Figura 15. Categorías de la CIAP y el grado de elección de sus códigos como *no imprimible* por los expertos



En el grupo de consenso de expertos, en algunos **códigos se alcanza unanimidad** sobre la conveniencia de que, de forma general, se asocie al episodio el atributo de privacidad *no imprimible*. Se muestran ordenados en la Tabla 25.

Tabla 25. Códigos CIAP con consenso por expertos de la conveniencia de ser *no imprimible*

CIAP	DESCRIPCIÓN	Moda (DE)	IQR
Y10	Azoospermia; Esterilidad/impotencia masculina	4 (0,84)	1,25
P07	Frigidez; Pérdida líbido femenina/masculina	4 (1,21)	1,5
P08	Dispareunia psicógena; Impotencia; Pérdida potencia sexual psi; Eyaculación prematura; Problema sexual disfunción masculina/femenina; Vaginismo psicógeno	4 (1,21)	1,5
P09	Alteración identidad psicosexual; Bestialismo; Exhibicionismo sexual; Fetichismo sexual; Masoquismo sexual; Paidofilia; Transexualidad; Travestismo; Zoofilia	4 (1,21)	1,5
W10	Contracepción postcoital; Píldora del día siguiente; Rotura de preservativo	4 (1,21)	1,5
X70	Sífilis	4 (1,21)	1,5
X71	Gonorrea (vaginitis/cervicitis/uretritis)	4 (1,21)	1,5
Y70	Sífilis (chancro/ITU)	4 (1,21)	1,5
Y71	Gonorrea (ITU/uretritis)	4 (1,21)	1,5
Y80	Amputación traumática genital varón	4 (1,21)	1,5
Z04	Discriminación color/raza/religión/sexo; Embarazo ilegítimo; Inadaptación social	4 (1,21)	1,5
Z16	Abuso de hijo/niños/infantil; Maltrato infantil	4 (1,21)	1,5

RESULTADOS

Z25	Problemas resultantes de asalto violencia/violación/violencia no sexual	4 (1,21)	1,5
A20	Eutanasia petición/discusión	4 (1,22)	0,75
W83	IVE; Aborto ilegal/inducido/provocado	4 (1,22)	0,75
X82	Violación; Problema resultante violación; lesión aparato genital femenino	4 (1,22)	0,75
Y07	Impotencia orgánica; Disfunción sexual	4 (1,22)	0,75
Y84	Hermafroditismo; Anomalía congénita genital masculina	4 (1,22)	0,75
Z13	Cónyuge adicción a drogas/alcohol; Cónyuge infidelidad/jugador	4 (1,22)	0,75
B90	SIDA/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	4 (1,33)	2,25
Y76	Condiloma acuminado; Verruga venérea masculina; Verrugas virales	4 (1,33)	2,25
Z12	Abuso de cónyuge/esposo/esposa; Disputa cónyuge/padres; Matrimonio crisis/dificultades/problemas; Malos tratos de cónyuge; Ruptura sentimental pareja	4 (1,33)	2,25

De los 23 códigos elegidos por los profesionales con un grado de acuerdo $\geq 75\%$ a favor de la conveniencia de que lleven asociada la opción *no imprimible* (Tabla 23), 17 de ellas coinciden con los expertos (el 73,91%). De los 6 restantes, en 1 de ellos la opinión de los expertos no llega a consenso unánime pero el porcentaje de acuerdo es el 75%, y en 5 de ellos del 87,5%.

De los 22 códigos con consenso entre los expertos (Tabla 25) 17 de ellos también están reflejados en la opinión mayoritaria de los profesionales (el 77,3% de los códigos). Los 5 episodios restantes fueron todos ellos considerados en las encuestas de los profesionales mayoritariamente como susceptibles de ser clasificados como *no imprimible*, con porcentajes a favor de entre el 66,7% y el 72%.

Finalmente son 16 los códigos de la CIAP en los que, tanto profesionales como expertos, coinciden en que deben llevar asignada la opción *no imprimible*. Nos referiremos a ellos como *códigos sensibles*. Se recogen en la Tabla 26.

RESULTADOS

Tabla 26. Coincidencia de opinión de CIAP entre profesionales y expertos

EXPERTOS		PROFESIONALES	
	COINCIDENCIA (100% expertos, ≥75% profesionales)		
	P07- Frigidez; Pérdida de líbido masculina/femenina P08- Dispareunia/Impotencia/Eyac precoz/Vaginismo psicógenos P09- Exhibicionismo/Masochismo sexual; Paidofilia; Zoofilia W10- Píldora del día siguiente; Rotura de preservativo W83- IVE; Aborto ilegal/inducido/provocado X70 - Sífilis X71 - Gonorrea (vaginitis/cervicitis/uretritis) X82 - Violación; Lesión aparato genital femenino Y07- Azooespermia; Esterilidad/impotencia masculina Y70- Sífilis (chancro/ITU) Y71- Gonorrea (ITU/uretritis) Z04- Discriminación color/raza/religión/sexo; Inadaptación social Z12- Abuso de cónyuge; Matrimonio crisis; Ruptura sentimental Z13 - Cónyuge adicción a drogas/alcohol/juego; Infidelidad Z16- Abuso de hijo/niños/infantil; Maltrato infantil Z25 – Problemas por violación/violencia		
B90 - SIDA/Sdr. Inmunodeficiencia Adquirida		72%	
Y76 - Condiloma acuminado;		71%	
Y84 - Hermafroditismo; Anomalía congénita genital		68,8%	
A20 - Eutanasia petición/discusión		67,7%	
Y80 - Amputación traumática genital varón		66,7%	
	87,5%	P29- Masturbación; Quejarse; Conducta anormal	
	87,5%	X04 - Dolor en coito; Coito difícil; Vaginismo	
	87,5%	Y04- Impotencia orgánica; Disfunción sexual	
	87,5%	Z15 – Divorcio; Cónyuge	
	87,5%	encarcelamiento/enviudamiento	
	75%	Z20 - Problemas con familiares (abuso violencia)	
		Z09 - Encarcelamiento; Juicio; Probl legal/policial	

4. Descripción del uso real de la opción *no imprimible*

Estudio de la FINALIDAD de la opción *no imprimible*

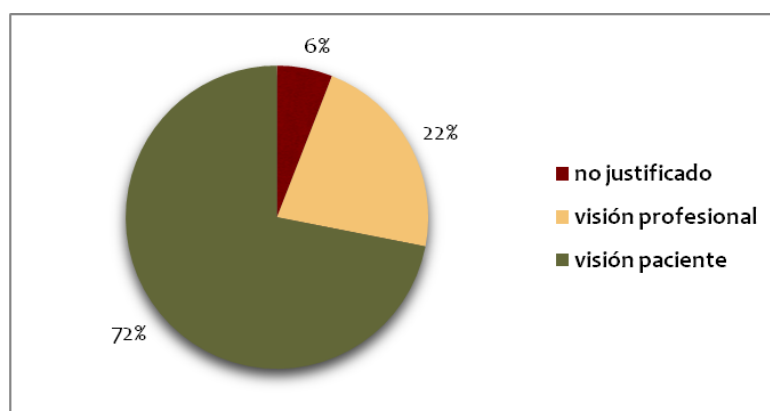
Datos DAS

Para hacer un análisis del uso de la herramienta *no imprimible* por su finalidad, se dividió la base de datos de los profesionales de la DAS en 3 secciones:

- Los episodios considerados *no justificados*, entendiéndose como tales aquellos en los que no se encontró un criterio (por código CIAP o por descriptor) basado en la confidencialidad que justifique su clasificación como *no imprimible*.
- Los episodios clasificados como *visión profesional*, en los que se incluyeron aquellos en los que se consideró que el motivo para asignar la opción de privacidad fue en beneficio del facultativo que lo realiza.
- Los episodios designados como *visión paciente*, entendiéndose como tales aquellos en los que se entiende que el profesional protege esta información de la divulgación general por considerarla especialmente sensible para el paciente.

El resultado de esta clasificación se muestra en la Figura 16:

Figura 16. Proporción de episodios no imprimibles en cada una de las categorías posibles



RESULTADOS

El porcentaje de cada grupo en cada uno de los centros se muestra en la Tabla 27.

Tabla 27. Centros de la DAS y su porcentaje de episodios según la clasificación de finalidad

		no justificado	visión profesional	visión paciente	Total
CS HUERTA DE LOS FRAILES	n (%)	21 (3,7)	20 (3,6)	522 (92,7)	563 (100)
CS MARIA JESUS HEREZA	n (%)	45 (3,0)	60 (4,1)	1374 (92,9)	1479 (100)
CS SANTA ISABEL	n (%)	174 (10,2)	72 (4,2)	1465 (85,6)	1711 (100)
CS M. ANGELES LOPEZ GOMEZ	n (%)	71 (5,5)	105 (8,2)	1108 (86,3)	1284 (100)
CS JAIME VERA - LEGANES	n (%)	23 (3,4)	15 (2,2)	629 (94,3)	667 (100)
CS MARIA MONTESSORI	n (%)	39 (6,7)	24 (4,2)	515 (89,1)	578 (100)
CS LEGANES NORTE	n (%)	14 (3,8)	11 (3,0)	342 (93,2)	367 (100)
CS GRIÑÓN	n (%)	14 (8,9)	22 (14,0)	121 (77,1)	157 (100)
CL CUBAS DE LA SAGRA	n (%)	4 (7,0)	8 (14,0)	45 (78,9)	57 (100)
CL CASARRUBUELOS	n (%)	15 (36,6)	2 (4,9)	24 (58,5)	41 (100)
CL BATRES	n (%)	0 (0)	2 (33,3)	4 (66,7)	6 (100)
CL SERRANILLOS DEL VALLE	n (%)	58 (5,6)	787 (76,6)	182 (17,7)	1027 (100)
CL TORREJON DE VELASCO	n (%)	1 (9,1)	1 (9,1)	9 (81,8)	11 (100)
CL TORREJON DE LA CALZADA	n (%)	28 (16,5)	29 (17,1)	113 (66,5)	170 (100)
CS LOS PINTORES	n (%)	26 (3,8)	70 (10,3)	583 (85,9)	679 (100)
CS ISABEL II	n (%)	57 (4,6)	250 (20,1)	939 (75,4)	1246 (100)
CS SAN BLAS	n (%)	47 (2,7)	801 (46,7)	867 (50,6)	1715 (100)
CS LAS AMERICAS	n (%)	71 (10,0)	48 (6,8)	590 (83,2)	709 (100)
CS PINTO	n (%)	38 (4,7)	83 (10,2)	694 (85,2)	815 (100)
CS PARQUE EUROPA	n (%)	78 (7,7)	114 (11,3)	819 (81,0)	1011 (100)
CS JUAN DE LA CIERVA	n (%)	49 (10,0)	32 (6,5)	408 (83,4)	489 (100)
CS LAS MARGARITAS	n (%)	31 (8,4)	16 (4,3)	321 (87,2)	368 (100)
CS EL GRECO	n (%)	30 (4,4)	43 (6,3)	612 (89,3)	685 (100)
CS LAS CIUDADES	n (%)	33 (17,5)	7 (3,7)	149 (78,8)	189 (100)
CS SECTOR III	n (%)	76 (14,3)	118 (22,2)	337 (63,5)	531 (100)
CS EL BERCIAL	n (%)	28 (18,2)	14 (9,1)	112 (72,7)	154 (100)
CS EL RESTON	n (%)	44 (8,2)	237 (44,4)	253 (47,4)	534 (100)
CS VALDEMORO	n (%)	35 (1,8)	1729 (88,6)	188 (9,6)	1952 (100)
CS CIEMPOZUELOS	n (%)	46 (9,5)	66 (13,6)	372 (76,9)	484 (100)
CL TITULCIA	n (%)	23 (56,1)	3 (7,3)	15 (36,6)	41 (100)
CL COLMENAR DE OREJA	n (%)	7 (9,3)	9 (12,0)	59 (78,7)	75 (100)
CL VILLACONEJOS	n (%)	8 (8,8)	14 (15,4)	69 (75,8)	91 (100)
CL CHINCHON	n (%)	2 (6,1)	2 (6,1)	29 (87,9)	33 (100)
CL VALDELAGUNA	n (%)	2 (4,1)	1 (2,0)	46 (93,9)	49 (100)
CS ARANJUEZ	n (%)	56 (2,9)	48 (2,5)	1844 (94,7)	1948 (100)
TOTAL	n (%)	1294 (5,9)	4863 (22,2)	15759 (71,9)	21916 (100)

RESULTADOS

En relación a los **clasificados como NO JUSTIFICADO**:

- El código y descriptor más usado fue R74 – IRA (*resfriado común*) en el 12,2% de las ocasiones, seguido de A97 – *sin enfermedad* con el 6,1% y A01 – *dolor generalizado/inespecífico* en el 2,6%.
- Han participado en su elaboración 269 profesionales, que han creado 1294 episodios de este tipo.
- En el análisis por CIAS se observa que el 25,73% de los episodios están registrados solo por 2 profesionales (con 224 y 109 episodios respectivamente), y el 54,71% por 13 profesionales. Esta distribución puede observarse en la Tabla 28.

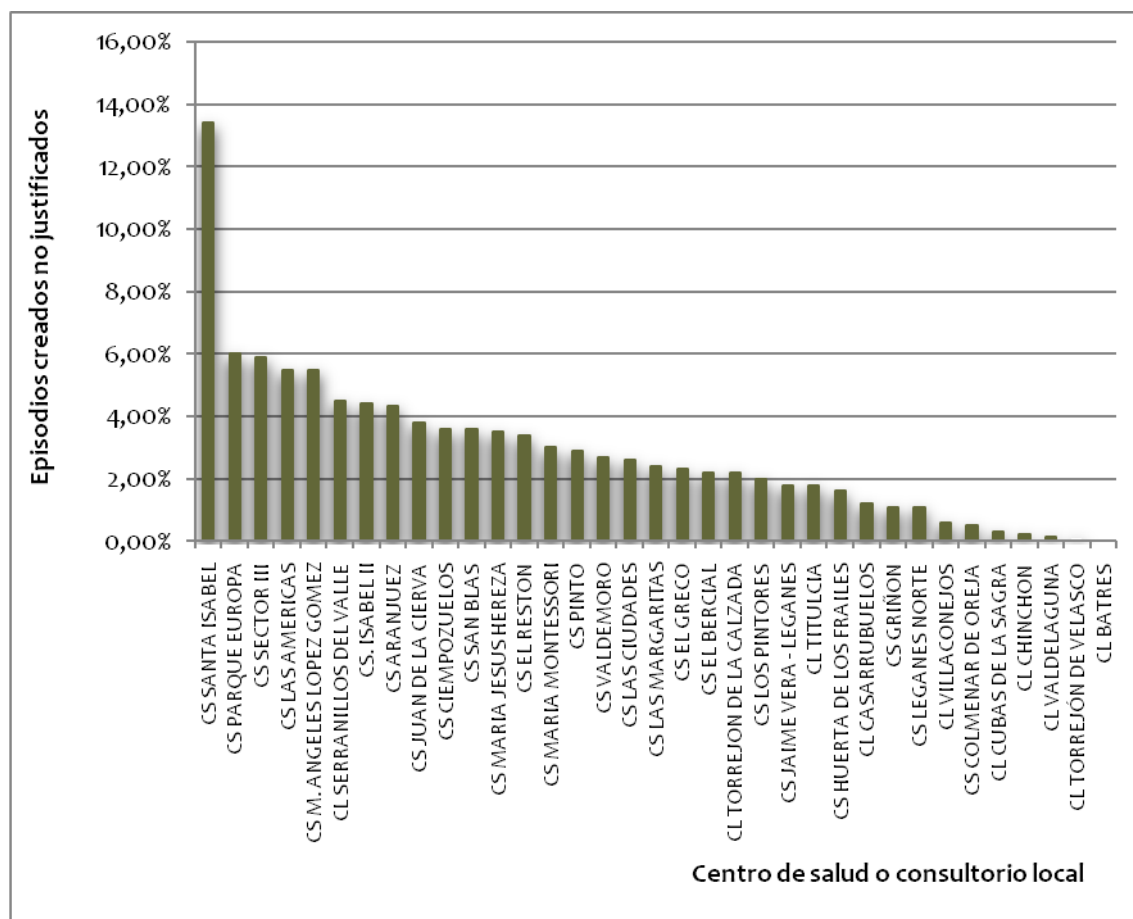
Tabla 28. Número de episodios no justificados creados y número de profesionales con ellos

EPISODIOS	Nº de profesionales	EPISODIOS	Nº de profesionales
224	1	15	2
109	1	11	1
51	1	10	2
50	1	9	3
49	1	8	7
45	1	7	4
35	1	6	6
32	1	5	7
27	1	4	14
26	1	3	21
22	1	2	35
20	1	1	154
18	1	Total	269

- Respecto a la categoría profesional, los médicos crearon el 94,5% de los episodios. Los restantes fueron realizados por enfermería (3,1%) y trabajadores sociales (2,3%).
- La proporción en este grupo de episodios por centro de salud o consultorio local se representa en la Figura 17.

RESULTADOS

Figura 17. Del grupo no justificado, proporción realizada por cada centro de salud o consultorio local



En relación a los **clasificados como VISIÓN PROFESIONAL**:

- El código más usado fue A97, con el 69,6% del total de episodios. El siguiente código en frecuencia fue R74, con el 10,7% de los episodios, y el tercero el código A29 con el 3%. Sin embargo en este grupo de forma habitual los descriptores no coinciden con los códigos CIAP. El código A97 que correspondería con el descriptor *sano sin enfermedad*, está asociado en su mayoría con *no acude*, pero también con *informe*, *urgencia* y *no acude*, *automedicación*, *agresión verbal al médico* o *solicitud de recetas privadas*. El código R74 – *catarro*, *IRA (resfriado)*, *coriza*, etc. se

RESULTADOS

asocia con el descriptor *no acude a la cita* y el código A29 – *otros síntomas y signos generales* se asocia a *problema* y *problema de recetas*.

- Han participado en su elaboración 256 profesionales, creando 4863 episodios de este tipo.
- En el análisis por CIAS se observa que un solo profesional realizó el 34,53% de los episodios, y entre 3 profesionales realizaron el 64,14% de los episodios clasificados en esta categoría. Esta distribución puede observarse en la Tabla 29.

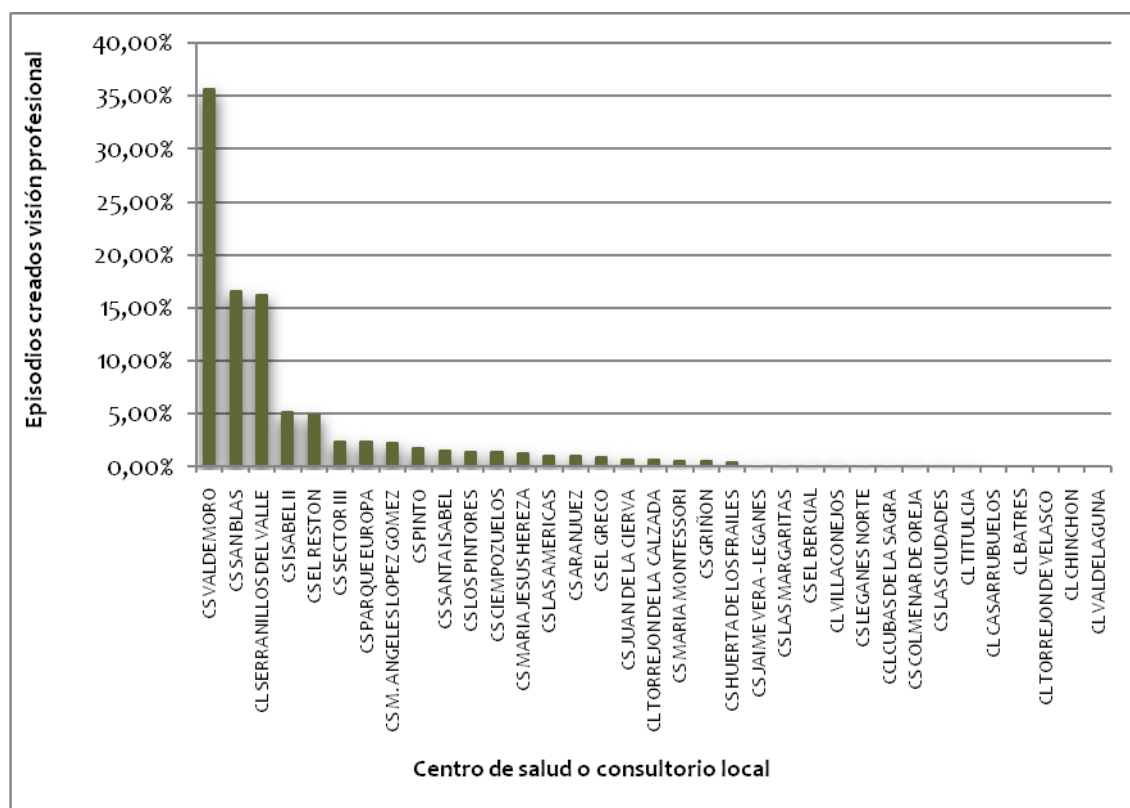
Tabla 29. Número de episodios *visión profesional* creados y número de profesionales con ellos

EPISODIOS	Nº de profesionales	EPISODIOS	Nº de profesionales
1679	1	19	2
811	1	18	4
629	1	14	1
244	1	12	1
196	1	11	1
106	1	10	1
105	1	9	2
94	2	8	4
66	1	6	5
59	1	5	6
44	1	4	11
31	2	3	16
25	1	2	40
22	3	1	144
		Total	256

- Respecto a la categoría profesional, los médicos realizaron el 92,7% de los episodios. Los restantes fueron realizados por enfermería (1,8%) y trabajadores sociales (5,4%)
- La proporción en este grupo de episodios por centro de salud o consultorio local se representa en la Figura 18.

RESULTADOS

Figura 18. Del grupo *visión profesional*, proporción realizada por cada centro de salud o consultorio local



En relación a los **clasificados como VISIÓN PACIENTE**:

- Los códigos con sus descriptores más usados fueron Z04- *Problemas de emigración/sociales/con la cultura*, con el 20,2% del total, Z08 – *problemas con la seguridad social/bienestar* con el 15,2% y W83 – *aborto inducido* con el 6% del total de episodios de este grupo.
- Han participado en su creación 945 profesionales, en un total de 15.760 episodios.
- En el análisis por CIAS se observa que entre 6 profesionales han realizado más de la mitad de los episodios (el 50,62%). El resto de la distribución de episodios por profesionales puede verse en la Tabla 30

RESULTADOS

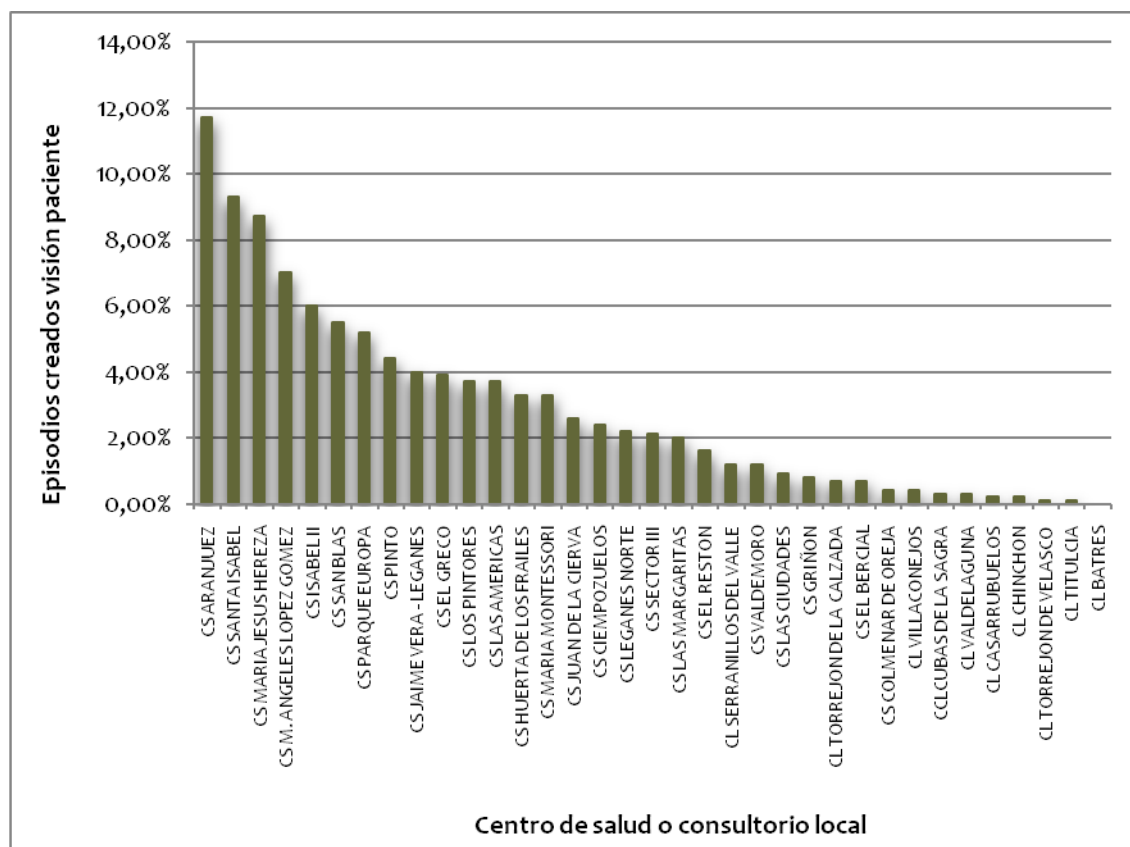
Tabla 30. Número de episodios *visión paciente* creados y número de profesionales con ellos

EPISODIOS	Nº de profesionales	EPISODIOS	Nº de profesionales	EPISODIOS	Nº de profesionales
2111	1	60	1	23	9
1537	1	59	1	22	4
1351	1	58	1	21	1
1336	1	56	2	20	4
936	1	54	2	19	4
707	1	52	1	18	6
549	1	49	1	17	3
357	1	46	1	16	9
239	1	45	1	15	5
211	1	44	1	14	6
169	1	43	1	13	12
133	1	40	1	12	13
130	1	39	1	11	13
129	2	38	1	10	12
118	1	36	1	9	20
100	1	35	1	8	10
97	2	33	2	7	18
94	1	32	4	6	23
89	1	31	1	5	31
82	1	29	3	4	51
74	1	28	2	3	73
70	1	27	3	2	133
67	1	26	2	1	419
61	1	25	5	Total	945

- Respecto a la categoría profesional, en este caso fueron los trabajadores sociales los que más episodios realizaron, con el 58,8% del total. Los médicos realizaron el 39,5% de los episodios y enfermería el 1,3%.
- La proporción en este grupo de episodios por centro de salud o consultorio local se representa en la Figura 19.

RESULTADOS

Figura 19. Del grupo *visión paciente*, proporción realizada por cada CS o CL



Códigos CIAP donde se usa la opción

En un análisis exclusivamente de los *códigos sensibles* (definidos como los 16 códigos en los que hay acuerdo unánime en expertos y $\geq 75\%$ en profesionales sanitarios no expertos) en cuanto a la aplicación en ellos de la opción *no imprimible*, se obtienen los siguientes resultados:

RESULTADOS

Datos DAS

- Los *códigos sensibles* constituyen el 29,02% de todos los episodios *no imprimible*.
- Respecto a su distribución por sexo, los episodios fueron creados mayoritariamente en mujeres (3948 episodios frente a 2443 episodios en hombres). Relacionando estos datos con el número de episodios totales realizados sobre cada sexo, se obtiene un uso mayor en mujeres (30,70%) que en hombres (26,97%) con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).
- También se observa significación estadística entre cuáles de los *códigos sensibles* se registran en varones y cuáles en mujeres. Eliminando los códigos exclusivos de uno de los sexos (impotencia en varón o aborto en mujer), se observan las mayores diferencias en los códigos de patologías infecciosas (registradas más en hombres) y los de violencia física, psicológica y sexual (registradas más en mujeres). Puede verse en detalle en la Tabla 31.

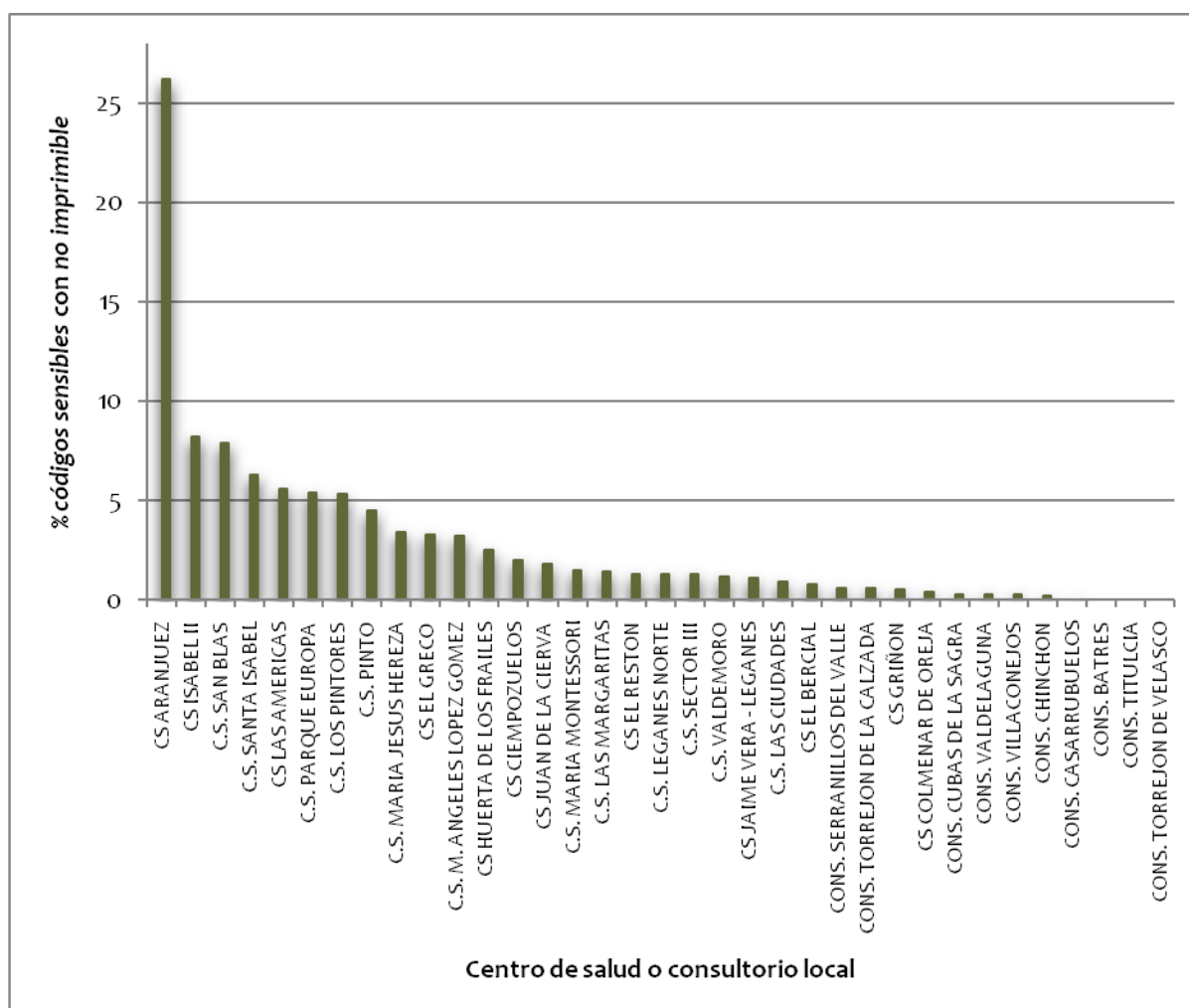
Tabla 31. Diferencias de registro de los *códigos sensibles* por sexo en la DAS

DESCRIPCIÓN	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Sign. estadística
Inhibición/pérdida del deseo sexual	769 (93,9)	50 (6,1)	p<0,001
Alteración identidad psicosexual; Transexualidad	12 (50)	12 (50)	
Sífilis	29 (74,4)	10 (25,6)	
Gonorrea	22 (75,9)	7 (24,1)	
Problemas de emigración/sociales	1195 (36,3)	2097 (63,7)	
Problemas de relación entre cónyuges ; Ruptura sentimental pareja	183 (40,8)	266 (59,2)	
Cónyuge adicción a drogas/alcohol; Cónyuge infidelidad/jugador	9 (34,6)	17 (65,4)	
Problemas de relación con los hijos	77 (32,5)	160 (67,5)	
Abuso de hijo/niños/infantil; Maltrato infantil	4 (50)	4 (50)	
Violencia psicológica	16 (6,9)	216 (93,1)	
Violencia física (abuso, maltrato físico)	10 (9,7)	93 (90,3)	
Violación; agresión sexual	2 (18,2)	9 (81,8)	
Total	2328	2941	

RESULTADOS

- Los centros sanitarios donde más se han utilizado estos *códigos sensibles* asociados a *no imprimible* fueron el CS Aranjuez (con un 26,2% de todos), seguido del CS Isabel II (8,2%) y del CS San Blas (7,9%). Se muestra en la Figura 20.

Figura 20. Proporción de *códigos sensibles* asociados a la opción *no imprimible* en los centros de la DAS



- La categoría profesional que más los utilizó fue la trabajadora social con el 65,6% de los episodios, seguido de los médicos con el 33,1% y de enfermeros con el 1,3%.

RESULTADOS

Datos CS El Greco

- El 39,60% de los episodios con *códigos sensibles* fueron clasificados como *no imprimible*.

El análisis por cada uno de los **códigos CIAP** se observa en la Tabla 32.

Tabla 32. Proporción de episodios catalogados no imprimible de cada código sensible, en el CS El Greco

CIAP	DESCRIPTOR	Realizados	No imp	Total (%)
P07	Frigidez; Pérdida líbido femenina/masculina	4	2	50%
P08	Dispareunia psicógena; Impotencia; Pérdida potencia sexual psicológica; Eyaculación prematura; Problema sexual disfunción masculina/femenina; Vaginismo psicógeno	41	20	48,8%
P09	Alteración identidad psicosexual; Bestialismo; Exhibicionismo sexual; Fetichismo sexual; Masoquismo sexual; Paidofilia; Transexualidad; Travestismo; Zoofilia	1	1	100%
W10	Píldora del día siguiente; Rotura de preservativo	2	0	0%
W83	IVE; Aborto ilegal/inducido/provocado	10	4	40%
X70	Sífilis	0	0	-
X71	Gonorrea (vaginitis/cervicitis/uretritis)	3	1	33,3%
X82	Violación; Lesión aparato genital femenino	0	0	-
Y07	Impotencia orgánica; Disfunción sexual	16	5	31,25%
Y70	Sífilis (chancro/ITU)	4	0	0%
Y71	Gonorrea (ITU/uretritis)	3	1	33,3%
Z04	Discriminación color/raza/religión/sexo; Embarazo ilegítimo; Inadaptación social	16	2	12,5%
Z12	Abuso de cónyuge/esposo/esposa; Disputa cónyuge/padres; Matrimonio crisis/dificultades/problemas; Malos tratos de cónyuge; Ruptura sentimental pareja	31	14	45,2%
Z13	Cónyuge adicción a drogas/alcohol; Cónyuge infidelidad/jugador	1	0	0%
Z16	Abuso de hijo/niños/infantil; Maltrato infantil	6	3	50%
Z25	Problemas resultantes de asalto violencia/violación/violencia no sexual	11	5	45,4%

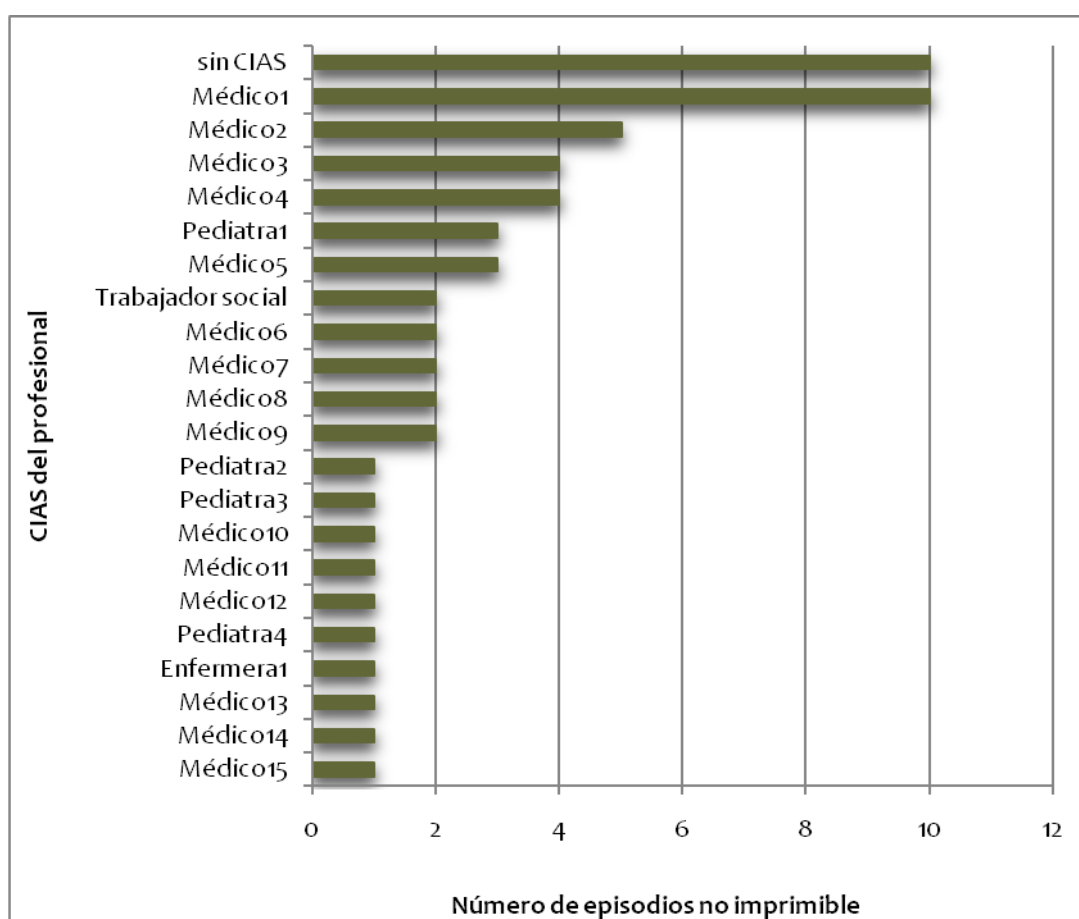
- La distribución por categoría profesional es de 94,9% de los episodios realizados por médicos, el 3,4% por la trabajadora social y el 1,7% por enfermeros.

RESULTADOS

- El profesional que más usó la opción *no imprimible* sobre los *códigos sensibles* realizó 10 episodios, el 16,9% del total con esos códigos. El mismo número de episodios se encuentra sin asignación de CIAS.

Los datos de todos los CIAS pueden observarse en la Figura 21 (se han sustituido los CIAS reales por la categoría profesional).

Figura 21. Número de episodios no imprimible de los códigos sensibles realizados por cada profesional del CS El Greco



5. Modelo de regresión logística

Se efectuaron dos ajustes de las variables incluidas en la **encuesta realizada a profesionales**, en función del conocimiento de la opción *no imprimible* y en función de su uso, mediante un modelo de regresión logística. En ninguno de ellos se obtuvieron resultados concluyentes, con OR en ambos casos <1 (0,266 y 0,335 respectivamente).

Se efectuó un ajuste simultáneo de las variables incluidas en el estudio asociadas a la categoría profesional con la clasificación de episodios como visible o no imprimible en el CS El Greco. Su capacidad explicativa, medida a través de la R^2 ajustada por grados de libertad (porcentaje de variabilidad explicada) fue de 3,3%. Los resultados de dicho análisis se muestran en la Tabla 33.

Tabla 33. Variables de la regresión logística y su relación con episodios visible/no imprimible en el CS el Greco

	OR	IC 95%	Sign. estadística
Sexo			
Hombre	1		p<0,001
Mujer	0,56	(0,43-0,74)	
Tipo de profesional			
Médico	84,54	(24,2-293,9)	P<0,001
Trabajador Social	25,84	(15,2-44,0)	
Enfermera	1		

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Descripción de los grupos

Dirección Asistencial Sur

El estudio fue diseñado para analizar al completo la actuación de todos los profesionales sanitarios de la DAS, pero los datos finales obtenidos fueron de 25 de los 31 CS más los 10 consultorios locales. No parece probable que esta pérdida haya tenido un peso importante en la representatividad de la muestra final porque la exclusión fue debida únicamente a una dificultad informática en la extracción de los datos, y no se debió a la falta de colaboración por parte de los profesionales ni responde a ningún patrón determinado. Sin embargo, quizá en algunos aspectos haya podido suponer alguna limitación a la hora de generalizar los datos a toda la DAS.

De los 9 municipios que componen esta dirección asistencial, 3 de ellos, Aranjuez, Valdemoro y Getafe tienen una renta per cápita de 14.025 a 16.593 €, Griñón y Leganés de 12.985 a 14.026€ y Ciempozuelos, Colmenar de Oreja, Parla y San Martín de la Vega de 11.687 a 12.985€. Esto sitúa a la DAS como la segunda dirección asistencial con menor renta per cápita de la Comunidad de Madrid, por detrás de la de menor renta que es la Dirección Asistencial Sureste (127). Esta situación probablemente se relaciona con la circunstancia de ser la segunda dirección asistencial con más población atendida, lo que supone más consultas y mayor número de registros, que supone una ventaja para el análisis la base de datos de este estudio.

Centro de Salud El Greco

De entre todos los centros de la DAS, el CS **El Greco** ha sido objeto de una parte importante de este trabajo.

El CS El Greco es uno de los 8 centros de salud de Getafe. Es un centro relativamente pequeño, con buena relación entre profesionales y con amplia experiencia docente e investigadora. Históricamente se encuentra muy bien posicionada en los indicadores de

DISCUSIÓN

evaluación de la Gerencia de Atención Primaria, lo que se ve reflejado, también, en los resultados de los datos sobre el uso de la opción *no imprimible*.

Datos de la encuesta

Durante la elaboración del protocolo de investigación, se pensó que algunas características del profesional podían influir en el uso de la herramienta *no imprimible*. Para ello se elaboró una **encuesta**, que fue contestada por 93 profesionales de atención primaria del SERMAS.

Hubo un importante predominio de participación de mujeres sobre hombres (83,9% frente a 16,1%). Este dato coincide con la situación a nivel estatal y comunitario, donde las profesiones de medicina y enfermería se componen mayoritariamente de mujeres, con un 70,6% del total en la CAM y un 68,43% en España (128).

Participaron sanitarios de varias categorías profesionales, estando representados tanto médicos (de familia y pediatras) como enfermeros y médicos residentes.

Respecto a la edad de los participantes destaca la franja comprendida entre los 25 y los 29 años (23,7% de los encuestados), con una significación estadística de $p=0,01$. Esto refleja la participación de los residentes, de edades homogéneas, siendo similar este dato a las frecuencias acumuladas de las dos últimas franjas de edad, entre los 55 y los 65 años (21,6%).

De forma análoga, la experiencia profesional muestra una mayoría de respuestas en la franja de 1 a 5 años que puede suponerse a los residentes, distribuyéndose el resto de profesionales entre las demás opciones.

DISCUSIÓN

En relación con la **formación ético-legal**, destaca el hecho de que todos los residentes encuestados (de cualquier año de residencia o dirección asistencial) aseguró haber tenido algún tipo de aprendizaje al respecto, con una diferencia estadísticamente significativa respecto a las demás categorías profesionales ($p=0,028$). Consultadas las diferentes Unidades Docentes (encargadas de establecer las directrices formativas de los residentes en la CAM), en todas ellas se imparte un curso de temática legal de obligatoria asistencia para los residentes en alguno de sus años de MIR. La ausencia de este tipo de cursos obligatorios en los sanitarios de mayor edad puede explicar los modestos porcentajes de formación en este campo (19,4% en enfermería y 38,7% en médicos).

Otras posibles explicaciones serían, por un lado la histórica reticencia de profesionales “formados en ciencias” de introducirse en “temas de letras” y más si son de contenido legal. Por otro lado, la gran evolución en el concepto de la relación médico-paciente, donde se ha pasado del paternalismo por parte del sanitario y aceptación total de las indicaciones del profesional, a una actualidad en la que cada vez hay más situaciones de conflictos ético-legales en las consultas de atención primaria (129-131).

CONOCIMIENTO de la opción *no imprimible*.

Previamente a analizar la prevalencia de uso, la finalidad y los códigos en los que se usa la opción *no imprimible*, se buscó determinar una aproximación del nivel de conocimiento que había entre los profesionales sanitarios de esta herramienta del programa con el que trabajan diariamente. Se observó que 1 de cada 5 profesionales encuestados **no conocían la opción *no imprimible***, mayoritariamente enfermeras, con una diferencia estadísticamente significativa ($p<0,001$). También fue estadísticamente significativa la relación entre el conocimiento de esta herramienta y la formación ético-legal, con un valor de $p=0,014$.

Pensar que la HC *per se* supone el grado máximo de confidencialidad que requieren los datos sanitarios, y no plantearse que es precisa una herramienta específica que los

DISCUSIÓN

preserve en lo posible, supone una simplificación de la actualidad ética, deontológica y legal sobre el tema.

En el plano ético, se considera la lealtad como un argumento válido para exigir que se respete la confidencialidad del paciente, usando los datos exclusivamente para la finalidad para la que fueron recabados. ¿Se mantiene este compromiso no conociendo las herramientas que lo permiten?

Los códigos deontológicos, tanto médico como de enfermería, recuerdan en diferentes artículos (93,132) que no solo no se está autorizado a conocer datos clínicos de paciente sobre los que no se tenga relación profesional, sino que, en los pacientes en los que sí se participa en su asistencia, solo debe accederse a aquellos que se precisen para realizar nuestra labor asistencial. Del mismo modo, otros artículos de los códigos deontológicos de ambas disciplinas hacen referencia a que se compartirán datos clínicos en beneficio del paciente. ¿Qué ocurre si no hay beneficio? ¿No hay entonces legitimidad para compartirlos?

En diversas leyes de nivel estatal (la Ley de Autonomía del Paciente y la Ley Orgánica de Protección de Datos, entre otras) y autonómico (la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid), se recuerda que es deber del profesional garantizar el máximo respeto a la dignidad de la persona, asegurando la confidencialidad de la información. El conocer todas las herramientas disponibles (también informáticas) permite poner medidas para evitar la difusión indebida de información sensible y, con ello, mejorar la calidad del trabajo realizado.

Sin embargo, no deben confundirse los límites de acceso (del profesional que va a utilizar la información) con los límites de secreto profesional (del profesional que la difunde). Son dos deberes independientes de sujetos distintos.

DISCUSIÓN

Para evitar la vulneración de la confidencialidad de los datos recogidos en la HC se deben incluir medidas que garanticen la seguridad de la información a dos niveles: por parte de la institución, facilitando un programa informático consistente frente a intrusiones externas no autorizadas. Y por parte de los profesionales, con la responsabilidad sobre la divulgación de datos, no divulgando información a otros profesionales que no lo asistan o, en caso que sea preciso compartir información, cediendo solo los datos que deban conocerse para el fin buscado (principio de pertinencia), y permitiendo opinar al paciente sobre los datos que no quiere que se compartan (principio de autonomía).

Por tanto, y en base a todo lo explicado hasta ahora, parece que conocer la herramienta *no imprimible* del programa informático, que impide una divulgación indebida de algunos datos, es un acto de responsabilidad profesional y una obligación de los deberes deontológicos y legales.

USO de la opción *no imprimible*.

¿Cuánto se usa?

Una vez analizado el conocimiento que de esta herramienta tienen los profesionales, se quiso ver si esto correspondía con el uso de que ella hacen en su actividad diaria. Así, de los datos recogidos de la encuesta a profesionales se observa que hasta un **44,1% de ellos no habían utilizado nunca** esta herramienta de privacidad. Eliminando el porcentaje de ellos que no la conocían, hasta el 24% de los encuestados no la han utilizado nunca aún conociéndola.

Y analizando la relación de los episodios *no imprimible* respecto al total de episodios creados en el CS El Greco durante un año, se observa que no son más del 0,5% del total. Este porcentaje de uso se antoja francamente bajo.

DISCUSIÓN

Vivimos en un estado donde, a la vez que cada día se da más importancia a los derechos de los ciudadanos sobre su privacidad, se trivializan las cuestiones relativas a la intimidad y confidencialidad. Se reclama más seguridad en las intromisiones cuanto más se descuida la información que se muestra (como ejemplo, las redes sociales). Esta tendencia se observa también en la profesión sanitaria, que no está impermeabilizada a esta manera de pensar. Seguimos actuando tal cual se hacía en las tradiciones antiguas y medieval, sin considerar que debe ser el paciente el que decida qué datos se deben mostrar y cuáles no.

El cambio evolutivo en la concepción de secreto profesional de los últimos siglos radica fundamentalmente en la transformación del mismo en un derecho del ciudadano. La autonomía del paciente le otorga la capacidad de decidir la actuación sobre su salud, la finalidad de sus datos íntimos, las limitaciones en cuanto al acceso a los mismos. Sin embargo la intimidad de los pacientes sigue siendo vulnerada de forma sistemática. Las nuevas tecnologías, informatizando la historia clínica y ganando en accesibilidad a los datos, han supuesto un avance para la longitudinalidad de los cuidados y la coordinación entre los diferentes profesionales y niveles sanitarios, pero suponen a su vez una dificultad en la reserva de la información sensible. Por ello es tan importante sistematizar el uso de herramientas que lo impidan.

Sin embargo no es la facilidad para quebrantar la intimidad el problema fundamental para el caso que nos ocupa, que no es primordialmente técnico sino ético. Dice el Código de Deontología Médica en su artículo 27.5 que *“el médico no puede colaborar en ninguna base de datos sanitarios si no está garantizada la preservación de la confidencialidad de la información depositada en la misma”*. Esta afirmación no debe entenderse solo en virtud de la seguridad técnica informática, debe hacerse extensiva al uso que se hace de esa base de datos que permite, por ejemplo, el acceso de cualquier profesional hospitalario a la historia clínica de un paciente del centro aunque el paciente no tenga historia en su servicio. O que no regula el grado de preservación de la confidencialidad en función del uso que se hace de las herramientas previstas para ello. Porque *“no todo lo técnicamente posible es éticamente aceptable”*(93).

DISCUSIÓN

Respecto a la normativa legal sobre el tema, La Ley Orgánica de Protección de Datos en su artículo 9 indica que el responsable del fichero adoptará las medidas de índoles técnicas y organizativas necesarias para garantizar la seguridad de datos y evitar su tratamiento o acceso no autorizado (24), y la Recomendación nº R (97) 5 del Consejo de Europa indica que se puede revelar información solo si es relevante, evitando que puedan acceder a los datos personas no autorizadas (26).

De nuevo puede entenderse de una forma restrictiva pensando únicamente en los accesos externos al colectivo. Sin embargo es presumiblemente mayor el acceso inadecuado de personal sanitario por la brecha que supone el desconocimiento de estas obligaciones y de una de las herramientas que lo evitan.

El derogado, por el Reglamento 2016/679, Decreto 95/46, inspiró un Grupo de Trabajo para la protección de las personas en lo que respecta al tratamiento de datos personales. En el punto III-1º-c del documento resultante de su trabajo se establece que, en un principio, debería ser posible que el paciente impidiera la comunicación de sus datos médicos documentados por un profesional de la salud, a otros profesionales de la salud. Esto es perfectamente factible en atención primaria con el atributo de privacidad asociado a los episodios (65).

En esta época en la que todos los logros lo son en la medida en que puedan medirse, ¿por qué no incluir la protección de la intimidad entre los indicadores de calidad asistencial? (14). El reciente Reglamento Europeo 2016/679 anima en sus recomendaciones 89 y 90 a la realización de una evaluación de impacto del tratamiento de datos personales con las nuevas tecnologías ¿Qué conclusiones se obtendrían de ello? (65)

Después de este análisis, las razones que pueden llevar a explicar por qué un profesional sanitario, conociendo una herramienta centrada en proteger datos íntimos del paciente, no la usa, pasan fundamentalmente por dos escenarios posibles: que no sea consciente de

DISCUSIÓN

la cantidad de información sensible que sale de la consulta, o de las repercusiones que esta dispersión puede tener sobre el paciente, o que, siendo consciente de ello, opine que todos los datos sanitarios obtenidos del paciente son de importancia para obtener la mejor respuesta a sus demandas.

¿En qué centros se usa?

En los datos obtenidos de la DAS respecto a la prevalencia de uso de la opción *no imprimible* se obtiene la Figura 5, en la que se observa la diferencia en la creación de episodios según los diferentes centros de salud o consultorios locales.

Para una visión más cercana a la realidad habría que ajustar los datos por población atendida y por profesionales del centro. A pesar de ello, se observa una clara diferencia entre centros.

Como es de esperar, casi todos los consultorios aparecen con menos episodios que todos los centros de salud, excepto los consultorios de Villacanejos y el de Torrejón de la Calzada, este último superando en número de episodios a los centros de salud de Colmenar de la Oreja, El Bercial y Griñón. En el otro extremo destacan los centros de salud de Aranjuez y Valdemoro, con casi 25 veces más episodios que los centros con menos, sin que con toda probabilidad haya esa diferencia entre el número de pacientes atendidos o de profesionales de ambos centros con el resto de la DAS. Esto induce a pensar en que un factor influyente fundamental es el propio profesional.

¿Con quién y cuándo se usa?

El análisis de la base de datos de la DAS y el CS El Greco coincide en que comparativamente (respecto al total episodios creados) se realizan **más episodios *no imprimible* sobre hombres que sobre mujeres**, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

DISCUSIÓN

Respecto a la edad, el análisis de los datos del CS El Greco indicó una edad media de algo más de 40 años (40,7) con un intervalo de confianza del 95% desde los 20,71 hasta los 80,68 años. Este amplio intervalo corresponde a que la herramienta *no imprimible* se ha utilizado en pacientes con un rango de edad muy grande y sin una distribución homogénea.

Esta diferencia es todavía mayor en los datos recogidos de la DAS, en los que el rango de edad variaba desde los 0 a los 103 años con un número muy importante de ellos en torno a los 0 y 1 años, lo que hizo inviable determinar la edad media del paciente.

LOS PROFESIONALES

A la hora de analizar la distribución de episodios *no imprimible* en la DAS por **categoría profesional**, además de medicina, enfermería y trabajo social se contabilizaron, sorprendentemente, una mínima cantidad de episodios a los administrativos (45 sobre el total de 21.916 episodios). Todos los registros corresponden al año 2013. Este colectivo, al no ser profesional sanitario, no tiene acceso al historial clínico del paciente ni por tanto a la realización de un episodio clínico ni a la clasificación del mismo.

El año 2013 fue el primero en el que AP-Madrid (el programa que gestiona la HCI en atención primaria en el SERMAS) operó de manera completa, tras la migración desde el programa anterior OMI-AP en octubre de 2012. Consultado con responsables de la Gerencia de Atención Primaria, expertos en el tema, aluden a la posible trasposición de datos de un programa a otro como causa más probable del error.

Otro dato que llama la atención es que no se especifican otros tipos de categorías profesionales como matrones, odontólogos o fisioterapeutas del SERMAS. Este hecho con probabilidad está en relación con que estos profesionales, aunque autorizados, generalmente no precisan de la realización de un episodio clínico para añadir las anotaciones pertinentes en la HC del paciente. Al ser unidades de apoyo, la derivación de

DISCUSIÓN

las consultas de medicina o enfermería generalmente se realiza una vez atendido al paciente y realizada una orientación clínica, y por tanto un episodio. Es esperable que sea en éstos donde estas categorías profesionales incluyan sus comentarios.

¿Quién no la usa?

De la misma encuesta a profesionales se muestra, con una significación estadística de $p < 0.001$, la relación existente entre el uso de la opción no imprimible y la categoría profesional. Claramente destaca **enfermería** como la categoría con menos uso de la opción. Los mismos resultados se obtienen del análisis de las bases de datos de la DAS y del CS El Greco.

Si bien en la actualidad se debate el papel de enfermería en la realización de episodios relativos a diagnósticos clínicos, recaban y conocen del paciente abundante y valiosísima información sobre su estado de salud. Definió Lalonde en el informe homónimo del año 1974, lo que llamó “determinantes del estado de salud”, como aquel “conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos de las poblaciones” (133,134). Clásicamente se describen 4, en orden según el impacto sobre la salud:

- Los relacionados con el estilo de vida.
- Los factores ambientales.
- Los factores genéticos.
- Los relacionados con la atención sanitaria

Son los profesionales de enfermería los que están en mejor disposición de conocer los determinantes asociados al estilo de vida y factores ambientales del paciente y de abordar posibles soluciones. Los hábitos tóxicos, la alimentación, el ejercicio físico; los problemas de vivienda, problemas económicos, los familiares; las peleas con los cónyuges, la responsabilidad de tener que quedarse a cuidar a los nietos de los hijos que trabajan, o la muerte de un ser querido, son todas circunstancias de las que tienen conocimiento la

DISCUSIÓN

mayoría de las enfermeras de nuestros pacientes y que además tienen su código en la clasificación CIAP. Es, por tanto, un reto importante para la enfermería plantearse de nuevo su importancia a la hora de realizar diagnósticos, y así lo han reclamado en los últimos años (135). El hecho de que este colectivo profesional conozca poco y use menos esta herramienta nos lleva a escenarios insatisfactorios: que no se recabe la información, que no recabándose no se registre, o que registrada no se utilice la opción que la reserva. Es su obligación, al igual que la del resto de profesionales sanitarios, conocer todas las herramientas disponibles para la mejor gestión posible de la información.

¿Quién la usa?

Se comprueba que los profesionales **médicos y de trabajo social** son los que, de forma estadísticamente significativa, más uso hacen del atributo de privacidad *no imprimible*.

Destaca el uso de la herramienta en los trabajadores sociales, con una proporción mucho mayor respecto al número total de episodios creados en comparación con el resto de categorías profesionales. Puede observarse en la Figura 8. Por el tipo de labor que realiza, es quizás el tipo de profesional que más veces se encuentre ante información especialmente sensible y que sea por ello por lo que hagan un uso mayor de esta herramienta.

Por el tipo de episodio *no imprimible* que realiza cada categoría profesional en un año en el **CS El Greco**, se muestra que el trabajador social utilizó exclusivamente códigos de la categoría Z (problemas sociales), acorde con la labor asistencial que se le supone.

Los médicos utilizaron códigos de las categorías:

- A (problemas generales e inespecíficos) para los códigos de *miedo al cáncer, miedo a otras enfermedades y sin enfermedad*.
- P (problemas psicológicos) para los códigos *frigidez/pérdida de libido, abuso de drogas, abuso de alcohol y alteraciones depresivas*.
- U (aparato urinario) para el código de uretritis.

DISCUSIÓN

- Z (problemas sociales) para el código de *problemas de relación entre cónyuges*.
- Y (aparato genital masculino) para el código *signos y síntomas de la potencia sexual (no psicológicos)*.

Como puede verse, supone un uso variado sobre los códigos de la clasificación CIAP, sobre unas categorías que coinciden con las que posteriormente se mostrarán como las más adecuadas para el uso de la herramienta *no imprimible*.

VARIABILIDAD INTERPERSONAL

Como ya se ha apuntado con anterioridad, aunque el número de profesionales que conocen y usan la opción es bajo, hay mucha variabilidad en la frecuencia de uso entre unos y otros. Así, en la DAS en 4 años hay un profesional que ha realizado 1726 episodios, lo que supone 431,5 episodios al año, que correspondería a un episodio *no imprimible* cada uno de los días de consulta. 1 episodio, que es lo mismo que hacen otros 471 profesionales en esos mismos 4 años.

Para conocer el motivo de esta gran variabilidad habría que analizar el uso individual que se hace de la herramienta, la finalidad perseguida y los códigos utilizados, tanto de los profesionales que destacan en exceso como los que lo hacen por defecto. Sin ser ello objeto de este trabajo, sí que se han obtenido datos que apoyan el gran impacto de la variabilidad personal en los resultados:

- En la Figura 11 se muestra, en cada centro sanitario y por categoría profesional, el número de episodios *no imprimible* que se realizan. Aunque los datos no están corregidos por población atendida, y despreciando la línea que corresponde con enfermería (que vuelve a mostrar el uso mínimo que hacen de esta herramienta), en ella se observa que no hay uniformidad en las líneas que representan el nivel de uso de la herramienta en médicos y trabajadores sociales.

DISCUSIÓN

- Analizando el número de episodios por paciente, aunque la gran mayoría de los pacientes tienen en su HC 1 o 2 episodios *no imprimible*, hay 2 pacientes con 19 episodios, 1 paciente con 21 episodios, 1 paciente con 25 episodios y 1 paciente con 27 episodios.

EVOLUCIÓN TEMPORAL de la opción *no imprimible*.

En 4 años

La evolución temporal del uso del atributo de privacidad a lo largo de los 4 años de recorrido del programa informático AP-Madrid en la HCE de atención primaria, muestra un **ascenso progresivo**, siendo su uso en el año 2016 un 25% mayor que en el primero.

Esto puede deberse a los factores ya comentados relacionados con la formación ético-legal durante la residencia y en otras etapas, a la formación anual que se ofrece desde la Gerencia de Atención Primaria del programa informático, y al asentamiento como herramienta diaria en la actividad asistencial.

El mayor uso progresivo de la opción *no imprimible* no se observa en el caso de la enfermería donde, en línea opuesta al resto de categorías profesionales, se produce una disminución paulatina de su uso. Este dato es acorde con el bajo conocimiento y uso de la herramienta *no imprimible* (expresado en la encuesta a profesionales), y con el reducido número de episodios asociados a este colectivo (tanto en los datos de la DAS como en los del CS El Greco). Serían precisos más estudios para aclarar las circunstancias que rodean este hallazgo.

En un año

Para analizar con más profundidad el uso de esta opción, se ha centrado el foco en el estudio pormenorizado de la misma en todos los meses del año 2016. En esta análisis, se observa la diferencia entre los episodios creados por mes durante el año 2016 en la DAS y en el CS El Greco. Excepto en los meses de julio y agosto (en los que es esperable una disminución en el número total de episodios creados, y consecuentemente en el de episodios *no imprimible*, por el descenso de actividad coincidente con el periodo estival), la creación de episodios *no imprimible* durante el resto de meses del año en la DAS es bastante homogénea.

Resaltan sin embargo en el CS El Greco tres picos en la realización de episodios que corresponden con los meses de abril-mayo, septiembre y noviembre. Estos datos coinciden con el inicio de la distribución de la encuesta para los profesionales, a partir de abril de 2016, y la conciencia sobre el tema que permaneció en los profesionales en los meses posteriores. Demuestra pues que simplemente un recordatorio sobre la existencia de esta herramienta y la posibilidad de utilizarla, sin ni siquiera incidir en ningún aspecto de formación ética o legal, aumentan de forma importante su uso.

FINALIDAD no imprimible

Consenso

Durante la realización del presente trabajo, y a pesar de haber realizado una labor de búsqueda exhaustiva, no se ha encontrado información por escrito sobre la finalidad del atributo de privacidad del programa AP-Madrid, ni tampoco en los manuales de su predecesor, el OMI-AP (en el que esta opción tenía el nombre de *Reservado*). Tampoco han podido dar más información al respecto las personas implicadas en la gestión del programa informático actual, remitiéndose a la vaga información sobre el tema que consta en los manuales de uso del OMI-AP. La información encontrada se puede observar en la Ilustración 2 y en la Ilustración 3.

Ilustración 2. Información en la web del SERMAS sobre el episodio *no imprimible* de AP-Madrid

(136)

Modificación de apuntes, comentario subjetivo y episodio "no imprimible"

AP_Madrid permite modificar un apunte en la historia clínica sólo durante las 24 horas siguientes de haberlo registrado y únicamente por el profesional que lo ha escrito, por lo que si se desea que no aparezca un comentario, debe marcarse la opción "C. Subj." (comentario subjetivo) al escribirlo. Para evitar la impresión de un episodio completo, se debe marcar como "no imprimible"; Los pasos para hacerlo son: seleccionar el episodio, pulsar el icono "ver episodio" y, en la pantalla que se abre, elegir la opción de privacidad "No imprimible".

Creado: 17/08/2011

Ilustración 3. Información en el manual del OMI-AP sobre episodio reservado (119)

- **Tipo de episodio**
 - Los episodios pueden ser clasificados en:
 - **Normal:** Permitirá la visualización e impresión de toda la información.
 - **Reservado:** Sólo se podrá visualizar la información pero no imprimirla.
 - **Yo mismo:** Sólo podrá acceder y visualizar el contenido si el que intenta acceder es el mismo profesional que lo creó o el supervisor del Centro.

Esta situación puede ser el origen y uno de los motivos por el que el conocimiento de la herramienta es bajo, de su uso limitado y de la mucha variabilidad de criterios cuando se usa.

Esta falta de finalidad concreta puede motivar, también, que circunstancias individuales tan diversas como la experiencia personal o profesional, la formación, la presión asistencial, etc, puedan influir en el uso de la herramienta para un mismo código. Incluso que, un mismo profesional pueda catalogar un mismo episodio como *no imprimible* o permitir que sea *visible* en dos momentos diferentes.

DISCUSIÓN

De las contestaciones obtenidas de los profesionales por un lado y, de la opinión de los expertos del Grupo de Trabajo *Lex Artis* por otro, se puede obtener una propuesta sobre la finalidad del uso que debe darse a esta herramienta, siempre teniendo en cuenta que la propia denominación de *atributo de privacidad* invita a suponer que debe ser empleada en beneficio del paciente sobre la protección de sus datos confidenciales.

Ambas fuentes coincidieron en señalar como finalidad principal impedir que, de forma generalizada, cualquier otro profesional tenga acceso inmediato a información especialmente sensible del paciente, si ello no es preciso para llevar a cabo su función asistencial.

Evitar que de forma incontrolada se divulgue información de la HC, y cumplir el deber de custodia en su justa medida de los datos clínicos, es una práctica clínica correcta desde todos los puntos de vista, y exigible al profesional. Cuando se pone el foco en las leyes y en las normas éticas que exhortan a no revelar el secreto, el camino cada vez más transitado debe ir en la línea del artículo 21 del Código de Deontológico de Enfermería sobre la obligación del profesional a *reducir al mínimo indispensable la cantidad de información del paciente revelada*, y el novedoso y excepcional artículo 29.3 del Código de Deontología Médica, que especifica que *debe haber una justificación razonable* (se entiende necesaria) *para comunicar a otro (hacerlo confidente) de información confidencial de sus pacientes*(93,132).

En un equipo pluridisciplinar necesariamente son varios los profesionales que, a lo largo de la longitudinalidad de la atención sanitaria, tienen conocimiento de los datos clínicos del paciente. Sin embargo, de acuerdo con los principios éticos y deontológicos, somos responsables de salvaguardar los datos íntimos del paciente y la revelación de datos a otros profesionales debe ser pertinente (ajustarse al principio de pertinencia) y para una finalidad concreta. ¿Tiene sentido que un traumatólogo conozca un aborto previo del paciente? ¿Es una finalidad justificada usar esa información si la interconsulta obedece a

DISCUSIÓN

un traumatismo accidental? Si pensamos que por trabajar en equipo todos tenemos derecho de acceso a esos datos, estamos diluyendo nuestra responsabilidad en este aspecto. Además, en ocasiones el exceso de información, además de vulnerar la confidencialidad, puede llevar al prejuicio y la subjetividad. ¿Debe conocer un especialista en aparato digestivo que el paciente tuvo ansiedad? ¿Es determinante esta información para la labor de ese especialista concreto o por el contrario la condiciona?

En el aspecto legal, el Reglamento 2016/679 explicita, en sus consideraciones 39, 42 y 63 que, la divulgación de datos queda limitada para los fines para los que sean tratados, y solo debe permitirse si la finalidad del tratamiento no pudiera lograrse razonablemente por otros medios. Se debe impedir, por tanto, el acceso o uso no autorizado de dichos datos. ¿Es finalidad y uso adecuado que todos los profesionales conozcan todos los datos?

La misma idea se recoge en el artículo 6 de la Ley Orgánica de Protección de Datos, en el que se otorga al titular de la información el derecho a ocultar datos del tratamiento general. Se vuelve de nuevo al concepto de *confidente necesario*: conocer el conjunto mínimo de datos suficiente para desempeñar su papel. Hemos de distinguir (ya lo hacía la doctrina francesa del comienzo del siglo XIX), entre *confidente voluntario* (no necesita saberlo, lo sabe y por honor a la profesión debe guardar la información en secreto) y el *confidente necesario*, que es aquel que precisa de esa información para realizar su trabajo.

Se entiende que debe existir un equilibrio entre los datos que debe conocer un profesional para realizar su trabajo y el respeto a la intimidad del paciente. El acceso a través de visores clínicos (Horus, en nuestro caso), de acuerdo con lo establecido por ley, garantiza el derecho de acceso al profesional sanitario a todos los datos de la historia clínica, si así lo considera. Esta discrecionalidad absoluta de acceso al facultativo y sin ninguna condición o reserva previa, puede hacer que el equilibrio que se pretende se vuelva inexistente, cediendo el paciente todo su derecho y olvidándonos de los principios básicos.

DISCUSIÓN

Con la informatización de la HC esta práctica es posible y, al menos en el programa de HCE de atención primaria del SERMAS, esta herramienta ya está elaborada. ¿Es realmente esa la finalidad para la que se creó el atributo de privacidad no imprimible?

Podemos estar confundiendo, a este respecto, y equiparando, lo que supone guardar una reserva debida por la ley, la ética o la deontología con la pertinencia o no de conocer esos datos. ¿Se podría decir que es similar acceder a información de un paciente del que no se participa en la asistencia, que hacerlo de un paciente en el que sí se interviene, pero sobre datos que no se necesitan para realizar la actividad asistencial? ¿Podrían aplicarse penas de revelación de secreto si un profesional deja constancia, en los partes de interconsulta, de información que no es pertinente para el tipo de actividad solicitada?

Uso de la opción en la finalidad consensuada

Con los resultados sobre la finalidad más adecuada que debe darse a la herramienta *no imprimible*, se procedió a analizar el global de episodios de la DAS durante los 4 años del estudio.

En este punto se tuvo en cuenta que añadir a un episodio el atributo *no imprimible* supone un acto voluntario, ya que en el momento de realizar un episodio éste por defecto se cataloga como *visible*. Esto lleva a la conclusión de que prácticamente todos los episodios catalogados como *no imprimible* lo están por una decisión deliberada del profesional que los ha realizado (la posibilidad de realizar un episodio *no imprimible* por error es casi nula). Intentando adivinar esta motivación, y en base a los criterios previamente expuestos, los episodios se catalogaron 3 categorías. La categoría **no justificado** incluyó aquellos episodios en los que, ni a través del código ni del descriptor, se encontró una razón para clasificarlos como *no imprimible*. Bajo la categoría **visión profesional** se agruparon aquellos en los que la motivación para su catalogación como *no imprimible* parecía basarse en el interés del profesional de que el paciente no tuviera acceso a determinada información,

DISCUSIÓN

generalmente comentarios del profesional a algún aspecto de relación con el paciente o a la actitud del paciente. En la categoría **visión paciente** se incluyeron los episodios en los que, bien por el propio código o bien por el descriptor, se entendió que el profesional pretendía reservar de una difusión inadecuada determinada información que consideró especialmente íntima.

- Se encontraron un 6% de episodios en los que no se halló una motivación basada en criterios de confidencialidad para añadir a un episodio la característica *no imprimible* y fueron catalogados como **NO JUSTIFICADO**. Se trata de códigos como *resfriado común, sin enfermedad, dolor generalizado, otitis media aguda, amigdalitis* o *tos*.

De los datos por profesional, se observa lo que podría considerarse una tendencia de determinados profesionales hacia un uso inadecuado de esta opción, contabilizando más del 50% de este tipo de episodios en solo 13 profesionales de toda la DAS.

Dados los códigos sobre los que se han utilizado, una posible explicación a ello es que se utilice la herramienta no imprimible por su efecto sobre estos episodios en los informes impresos, buscando así que este tipo de consultas, de patologías banales y generalmente agudas, no aparezcan en documentos que se solicitan con finalidades administrativas.

La forma adecuada de proceder en este caso pasaría por *cerrar* los episodios una vez resueltos. Se entiende por ello la acción de asignar una fecha de cierre que indica la resolución del proceso. Los datos disponibles muestran un porcentaje de episodios cerrados, del total de los realizados durante un año en el CS El Greco, de solo un 9%, cuando la mayoría de las consultas atendidas en atención primaria son de duración limitada en el tiempo. El porcentaje es un poco mayor teniendo analizando

DISCUSIÓN

exclusivamente los episodios *no imprimible* (el 13,4% en El Greco y el 17,6% en la DAS), quizás porque en ellos, por sus características, este aspecto se cuida más.

Este dato tan bajo de episodios cerrados es un indicativo de baja calidad en la HCE. Además de que sería en sí misma una herramienta añadida para salvaguardar la confidencialidad del paciente (los episodios cerrados no aparecen por lo general en los informes solicitados), dificultan una correcta asistencia, al quedar los episodios agudos y que modifican y determinan sustancialmente la salud del paciente “ahogados” o “perdidos” entre una lista generalmente extensa de episodios agudos y en su mayoría resueltos.

Una opción de mejora en este sentido podría ser que los episodios catalogados como *agudos* se cerraran (pasaran al histórico) automáticamente después de un tiempo determinado, o que el programa permitiera al profesional poner por adelantado una fecha de cierre estimada en un proceso benigno y generalmente con evolución favorable. Tal como se dispone en la actualidad, el programa permite cerrar el episodio nada más crearlo (algo que se antoja precipitado, e imposible si al episodio se asocia a alguna actividad clínica como una receta) o dejarlo abierto al menos hasta la siguiente ocasión en la que el paciente acude a la consulta.

- Se encontraron un 22% de episodios en los que la motivación para asignarles el atributo *no imprimible* fue proteger al propio profesional, evitando que el paciente acceda a comentarios que el profesional hace sobre aspectos de la consulta. Estos episodios fueron catalogados como **VISIÓN PROFESIONAL**. Al igual que en el caso anterior, aunque de forma más marcada, se observa que son muy pocos los profesionales que crean la mayoría de los episodios así clasificados, siendo un solo profesional responsable del 34,53% de estos episodios, y en 3 se concentra la realización del 64,14% de ellos.

La práctica generalizada en este caso es utilizar un código sin patología (A97 - *sin enfermedad*) o un código de una patología banal (R74 - *catarro*) y cambiar el descriptor,

DISCUSIÓN

anotando en él cualquier tipo de comentario (*no acude, de urgencia y se va, automedicación, solicita informe, solicita recetas privadas*). En alguna ocasión se utiliza el descriptor correspondiente al código de la CIAP seleccionado, pero en casos en los que el propio descriptor oficial da a entender la opinión del profesional (por ejemplo, *Z03- caminata hasta el domicilio*). En otras, es utilizado como recordatorio de actuaciones clínicas (*en próxima analítica pedir vitamina D!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!; doy pauta de manejo de CVA; relación orfidal: último el día 30/12/2015; imposible hacer tratamiento; o buscar soplo*). En otros casos los descriptores son claramente inapropiados y hasta novelescos, como:

- *entra sin ser llamado;*
- *tiene orden de alejamiento y no puede venir a la consulta;*
- *pide cita y llega tarde;*
- *no se puede realizar valoración por cólera de la madre;*
- *rentista;*
- *actitud agresiva verbal;*
- *cartera desaparecida en su presencia;*
- *conflicto con el médico;*
- *discusión con la madre;*
- *eccema seborreico+prurito+algias+ansiedad+... cada vez que viene son 8 o 9 consultas;*
- *enfermiza: abstentismo escolar y consultas a instancias de los padres;*
- *entra sin ser llamado;*
- *esta tarde pasa por delante de mi y sin mediar ninguna palabra me dice que soy un sinvergüenza y que tengo muy poca vergüenza. Lo repite reiteradamente;*
- *historia de cuatro plantones;*
- *llamo al domicilio pero no le viene bien que vayamos;*
- *paciente que amenaza con un “puro” porque no me ha oído llamarle antes que a Pilar García, ella sí lo ha oído;*
- *quiere justificante sin estar enferma;*
- *queja;*
- *sin cita y se va después de explicar en pasillo tranquilamente lo que pasa hoy...;*

DISCUSIÓN

- *suspira...*;
- *Urgencia: tontería del niño y la madre.*

Este uso de la opción no imprimible parece que se confunde con el *comentario subjetivo*.

Los códigos o rúbricas que definen un episodio clínico (bien un signo o síntoma, bien un procedimiento administrativo, preventivo, diagnóstico, o terapéutico, bien el resultado de pruebas complementarias, derivaciones, seguimiento u otros motivos de consulta o problemas de salud) no pueden ser nunca subjetivos. La opción *no imprimible* no hace referencia a las anotaciones subjetivas del profesional, sino a la opción del programa informático que posibilita que esta información no aparezca en informaciones impresas dirigidas a terceros (como informes o partes de interconsulta) pero sí que se incluye si el paciente solicita copia de su historia clínica.

Por el contrario, el comentario subjetivo, que se activa desde el tapiz principal del paciente en el programa informático, evita que lo así catalogado no sea visto por el paciente en caso de solicitar copia de su historia clínica, en virtud del derecho a ello que le otorga la Ley de Autonomía del Paciente al profesional que lo asiste. En esta línea se ha expresado recientemente la Agencia Española de Protección de Datos en relación con la resolución de una denuncia al respecto (70).

Dice Fernando Savater que en el proceso previo de ocultar algo ya nos hemos juzgado y reprobado a nosotros mismos (137,138). Puede ser que esta sea la clave de la motivación de este tipo de episodios.

DISCUSIÓN

Hay dos códigos que se incluyeron en este grupo de episodios que merecen debate a parte.

- En primer lugar, aquellas situaciones en las que se produce un error de registro, creando un episodio en la historia clínica de otro paciente. Esta situación, relativamente frecuente entre otras cosas por las múltiples interrupciones diarias de la consulta (139) deja rastro imborrable en la historia del paciente en la que se registra el episodio por error, ya que, aunque el comentario asociado al episodio sí que puede eliminarse, no así el código, que queda en el tapiz del paciente.

Para esta circunstancia se observa que varios profesionales (cambiando o no el código inicialmente seleccionado por otro, generalmente A97-sin enfermedad), modifican el descriptor a *error de paciente*, y asignan al mismo la característica *no imprimible* para evitar que se difunda esta información errónea.

Esta sea, probablemente, la mejor manera de solucionar esta circunstancia con las opciones que permite el programa en la actualidad. No obstante, cabe esperar que el profesional, preocupado porque no se difunda un error de él mismo, tenga el mismo cuidado en evitar igualmente la difusión de información confidencial del paciente.

Esta situación, además, es acorde con una la líneas estratégicas en la seguridad del paciente de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, relativa a las consecuencias en la salud del paciente que tienen determinadas condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios en atención primaria (136,140-142).

- En segundo lugar hacemos hincapié en los episodios catalogados en la CIAP con los *componentes* o números -25,-26 y -27 que acompañan a cada categoría y que hacen referencia a los descriptores *miedo a...* (sea A25 *miedo a la muerte*; A26 *miedo al cáncer*; A27 *miedo a otra enfermedad*; B25 *miedo al SIDA*; B26 *miedo al cáncer de órganos linfáticos*; B27 *miedo a otras enfermedades de órganos linfáticos*; etc.). En general estos códigos no se consideraron, por los profesionales encuestados y expertos, susceptibles de asignarse la opción *no imprimible*, salvo los de aquellos capítulos en los que se encuentran los códigos más frecuentemente asociados a *no*

DISCUSIÓN

imprimible, es decir, los capítulos P (problemas psicológicos), X (aparato genital femenino), Y (aparato genital masculino) y Z (problemas sociales). Todo ello, sin que quede claro si la finalidad que se busca es proteger la intimidad del paciente o nuestro propio juicio.

- Se encontraron un 72% de episodios en los que se consideró que la finalidad de añadir el atributo *no imprimible* fue efectivamente, salvaguardar datos confidenciales del paciente, y por tanto acorde con la finalidad consensuada como deseable. El grupo de episodios establecidos con este criterio fueron clasificados como **VISIÓN PACIENTE**.

Los códigos más usados fueron de la categoría Z de problemas sociales (*problemas de emigración y problemas con la seguridad social*) y W (*aborto inducido*). En relación con los otros grupos (con 269 profesionales en los clasificados como *no justificado* y 256 en *visión profesional*) en este caso participaron un número mucho mayor de profesionales (945) lo que apoya el argumento de que, en las anteriores finalidades o usos del *no imprimible*, la influencia más importante fueron las características individuales de los propios profesionales.

En este caso también hay una concentración de muchos episodios en pocos profesionales (más del 50% de los episodios en 6 profesionales) pero a diferencia de los grupos anteriores la mayoría de ellos fueron trabajadores sociales, responsables de casi el 60% del total de episodios de este grupo.

DISCUSIÓN

Como hecho curioso cabe señalar el uso no infrecuente de un descriptor sobre un código que nada tiene que ver con él. Algunos ejemplos de estas circunstancias se describen en la Tabla 34.

Tabla 34. Descriptores de la CIAP que no corresponden con el código CIAP asignado

Descriptor que corresponde con el código CIAP seleccionado	Descriptor cambiado
Fractura ósea	Problemas de erección
Alteración de la visión	problemas sexuales
Catarro	Profilaxis vitamina D
Catarro	Sin cita vaginitis
Fractura de huesos	Problemas de erección
Fractura de huesos	Problema sexual
Fractura de huesos	Disfunción eréctil
Ansiedad	Dermatitis seborreica
Comportamiento en relación con edad	Relaciones sexuales de riesgo
Abuso de tabaco	Dificultad control juego máquinas
Abuso drogas	Abuso sexual
Niño hiperactivo	Alzheimer
Problema adulto	Síndrome miccional
Quemadura, escaldadura	Crisis de ansiedad
Contusiones	Violencia de género
Pérdida de apetito	Alcoholismo
Incontinencia urinaria	Prueba de esfuerzo. Insuficiencia mitral ligera
Planificación familiar	Embarazo
Coito doloroso	Dolor en FII
Enfermedad inflamatoria intestinal	Celulitis localizada MMII femenina
Anemias microcíticas	DM tipo 2
Otros dolores abdominales localizados	Deterioro cognitivo
Violencia física	Bronquiolitis aguda
Problema de emigración/sociales/con la cultura	Obstrucción nasal
Problema de emigración/sociales/con la cultura	Pide bajas múltiples

No resulta fácil determinar el motivo de estos desajustes. Posibles razones podrían ser las dificultades encontradas para poder adecuar la actividad clínica realizada a un descriptor, o que al modificar el diagnóstico se cambie solo el descriptor y no el código que lo acompaña. Para otros ejemplos (fractura de huesos – disfunción eréctil) es dificultoso encontrar explicaciones plausibles.

DISCUSIÓN

Está ampliamente documentado que unos de los factores que determinan la calidad de la historia clínica informatizada es la precisión en el registro de los datos (143–146). Estos serán básicamente (de forma más o menos acertada) sobre los que posteriormente se apoye el análisis de la actividad asistencial (motivos de consulta, adecuación de las prescripciones, tasas de interconsultas solicitadas, etc.), y la investigación de sus causas. Cuanto más se ajuste la anotación a la consulta atendida, el análisis de los datos más fielmente representará la realidad.

Códigos CIAP que precisan un cuidado especial

Consenso

Con los datos obtenidos de las encuestas a profesionales y de la opinión de expertos, se recopiló mucha información de cada uno de los códigos de la CIAP sobre los que se había preguntado. Aunque no es objeto de este estudio ser exhaustivo y revisar la conveniencia o no de asignar la opción *no imprimible* en todos y cada uno estos códigos (de forma similar a lo realizado con la finalidad de la opción *no imprimible*) se intentó, como se ha comentado con anterioridad, seleccionar aquellos en los que hubiera acuerdo entre profesionales y expertos sobre la conveniencia de catalogarlos como tales. Esta reducida selección de códigos resultantes constituyen los denominados *códigos sensibles*.

Se llegó a la selección final de 16 códigos, que cumplían las condiciones de haber sido elegidos por el 75% o más de los profesionales encuestados, y por haber obtenido consenso completo entre los profesionales expertos.

Los códigos finales pertenecen a las categorías que más se han repetido a lo largo del estudio en relación a la opción *no imprimible*: 4 de la categoría P (problemas psicológicos), 2 de la categoría W (Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio), 3 de la categoría

DISCUSIÓN

X (aparato reproductor femenino), 3 de la categoría Y (aparato reproductor masculino) y 5 de la categoría Z (problemas sociales).

En todos los *códigos sensibles* hay alguna referencia a problemas relativos a la esfera sexual. Lo mismo ocurre con 7 de los 11 códigos siguientes en los que, sin haber un consenso tan amplio, sí hay tasas altas de acuerdo y por ello son susceptibles de llevar asociado el atributo *no imprimible*.

Hay varios estudios sociológicos que analizan la evolución de la concepción del sexo y la sexualidad en la sociedad española del siglo XXI, que se describe como *uno de los resultados de una intensa transición cultural* que ha afectado a numerosas dimensiones de la vida social española desde la llegada de la democracia, en el que el factor individual más influyente es la llamada *brecha generacional* (que divide a los jóvenes que han vivido en democracia con los mayores de 65 años) seguido de la diferente visión de la sexualidad entre el hombre y la mujer, y la influencia de las creencias religiosas. Parece que, a pesar de los cambios, los registros siguen centrando su atención en este campo y produciendo comportamientos curiosos, como se verá más adelante (147-150).

De una revisión más amplia de la opinión de los profesionales sobre cada uno de los CIAP, se observan tres circunstancias:

- La mayoría de los códigos de la categoría Z (el 86%) tienen más episodios a favor que en contra de asociarlos a la opción *no imprimible*. Podría sugerirse, por tanto, que al crear un episodio con uno de ellos, el programa AP-Madrid le asignara por defecto el atributo de confidencialidad *no imprimible*, en vez de *visible* como ocurre actualmente.
- Las diferencias de criterio entre los encuestados a la hora de seleccionar el atributo *no imprimible* a una misma patología, según la sufra el hombre o la mujer. Así, aunque en algunos procesos hay coincidencia (como *sífilis* o *gonorrea*, en ambos sexos con una notable mayoría (77,4%) a favor de la protección, en otros

DISCUSIÓN

hay evidentes diferencias, como *virus herpes simple genital* (más votado a favor de su asociación con *no imprimible* en el hombre que en la mujer, con el 74,2% frente al 63,4%), la *minusvalía genital* (más votos a favor de la protección en hombre que en mujer, el 59,1% frente al 50,5%) o en *dolor durante el coito o erección dolorosa* (con más votos en este caso de protección del episodios en la mujer frente al hombre, del 84,9% frente al 77,4%). Volviendo a los estudios anteriormente citados y la evolución en la sociedad española, y sin ser generalizable por el pequeño tamaño muestral, estos datos pueden ser un pequeño ejemplo de la diferente concepción existente todavía y de los prejuicios en algunos aspectos en relación al sexo y la sexualidad.

- Solo en un caso hubo diferencias estadísticamente significativas respecto al perfil profesional que los crea: el código Z16 – *Abuso de hijo/niños/infantil* y la categoría de medicina. Este hecho puede explicarse por varias circunstancias: la formación cada vez más específica de los profesionales en el tema, unida a la sensibilización social y a los protocolos instaurados respecto a la sospecha de algún tipo de maltrato en el niño, además de ser el profesional al que probablemente con más frecuencia acudan los progenitores para notificarlo (151–154).

Uso del no imprimible en los códigos sensibles

Una vez establecidos un número limitado de códigos con suficiente consenso sobre la pertinencia de que de forma general deberían llevar asociada la opción *no imprimible*, se estudió la frecuencia de uso de la herramienta en ellos.

Del análisis realizado sobre los registros de la **DAS** se objetiva, con relación estadística significativa, lo que también se mostraba en las encuestas de profesionales: siendo todos episodios analizados *no imprimible*, hay claras diferencias en el registro según sea el paciente un hombre o una mujer (teniendo en cuenta que hay muchos más episodios

DISCUSIÓN

registrados en general en historias de mujeres que en historias de hombres), sin que haya tales diferencias en la incidencia de la patología (155).

En caso de los hombres destaca claramente el registro de patologías infecciosas y alteración en el deseo sexual, mientras que en las mujeres son mayoritarios los registros por problemas sociales, por problemas de relación con hijos o cónyuge, la violencia (física y psicológica) y la violación.

Hay muchos factores que pueden explicar esta circunstancia, que no habla tanto de los profesionales (todos los episodios analizados son *no imprimible*) sino de las características de la sociedad y del rol de género en ella. Se refleja que es la mujer la que sufre los problemas de violencia (psicológica, física y sexual) y consulta o transmite los problemas relacionales (con el cónyuge o con los hijos), mientras que en el hombre destaca la preocupación del deseo sexual y las infecciones de transmisión sexual. Mirado desde una perspectiva social, y muy en relación con la actualidad, en este análisis afloran las conductas establecidas en una sociedad patriarcal y mantenidas por los roles de género. En un país donde han sido registrados 665 asesinatos a mujeres en los últimos 10 años de manos de sus parejas o exparejas, no es difícil encontrar rastro en actividades cotidianas de esas conductas enraizadas (en la publicidad, en la ropa, en los mensajes desiguales a niños y a niñas, o en las conductas permitidas), que perpetúan la situación de este iceberg cuya punta se cobra decenas de víctimas mortales al año (156,157). La consulta de atención primaria no debe dejar de ser, una vez más, un observatorio desde donde detectar y denunciar este tipo de comportamientos.

Los resultados en el **CS El Greco** mostraron un uso de la herramienta sobre estos diagnósticos del 39,4%, la gran mayoría de ellos (casi el 95%) realizados por médicos.

Llama la atención el moderado uso de la herramienta sobre algunos códigos en los que hay un amplio consenso en que deberían utilizarse. Por ejemplo, la proporción de

DISCUSIÓN

episodios *no imprimible* en relación a los creados no llega al 13% (como ocurre con Z04 – *discriminación, embarazo ilegítimo, inadaptación social*), o directamente ninguno de los 2 episodios creados con el código W10 – *píldora del día siguiente*.

Es destacado también que en análisis del uso por profesionales en el CS El Greco, uno de ellos aventaje al resto en el número de episodios creados, con 10 episodios en un año. La explicación tiene un motivo claro: el sesgo de formación y sensibilización al tema. La profesional (autora de este trabajo) es miembro del Grupo *Lex Artis* de la Somamfyc, y presenta interés especial en el tema a raíz de un estudio previo realizado en el año 2013, sobre la prevalencia de uso del atributo de privacidad sobre algunos códigos en el CS San Juan de la Cruz (Pozuelo de Alarcón), y cuyos resultados fueron presentados en el XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria de ese mismo año (158).

LIMITACIONES

1. Hasta marzo de 2016, el atributo de privacidad del programa informático AP-Madrid contaba con 3 opciones: *visible*, *no imprimible* y *privado*. Ésta última opción, impedía la visualización de ese episodio a cualquier profesional que accediera a la HC del paciente excepto al creador del mismo. Tampoco aparecía el episodio no ya en los informes para terceros o partes interconsulta, sino en la copia de la historia clínica que pudiera solicitar el paciente.

A raíz de esta fecha se actualizó la versión del programa, eliminándose esta opción para adecuarse a la legalidad vigente, donde se declara que la principal función de la HC es la correcta asistencia del paciente y para ello es necesario que los profesionales sanitarios puedan acceder al contenido íntegro de la misma.

La idea inicial de este estudio era incluir en los datos los relativos a los episodios *no imprimible* y los *privado*. Apelando a que esta práctica era contraria a la ley, desde la DTSIS se desestimó atender la petición de obtener estos datos, quedando en el estudio únicamente incluidos los episodios *no imprimible*.

2. En este estudio no se han podido tener en cuenta los cambios de profesional que se realizan sobre un CIAS, así como el efecto de la actuación de los residentes sobre el CIAS de su tutor. No obstante, no se pretendía tanto el análisis detallado de la actividad individual como una visión global del uso de esta herramienta y las características que lo rodean.
3. Se desconoce el impacto numérico que pueden suponer los episodios creados sobre pacientes de la DAS o del CS El Greco por profesionales externos a ellas, de otros centros de salud o de otras direcciones asistenciales, y viceversa. No parece,

DISCUSIÓN

sin embargo, que esta práctica sea mayoritaria por lo que es presumible esperar que el sesgo ocasionado no sea relevante.

4. Algunos datos de episodios no estaban asociados a ningún CIAS, lo que impide conocer sobre ellos los datos relativos a las características del profesional que los ha realizado. Este dato ha sido especialmente llamativo en el caso del análisis en el CS El Greco de los *episodios sensibles* catalogados como episodios *no imprimible*. No ha sido posible dar respuesta al motivo que ha causado esta circunstancia.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. No todos los profesionales de atención primaria conocen la opción *no imprimible* del atributo de privacidad en la realización de episodios. La categoría profesional que menos conoce esta herramienta es enfermería.
2. Hay un porcentaje de profesionales que nunca han utilizado la opción *no imprimible*.
3. Trabajo social es la categoría profesional que más usa la opción *no imprimible* en la realización de episodios, en relación con el número total de episodios creados. Casi exclusivamente utilizan códigos de la categoría CIAP Z (problemas sociales). Los médicos son los profesionales que realizan más episodios *no imprimible* de forma absoluta, y lo hacen proporcionalmente más en hombres que en mujeres.
4. El conocimiento y uso de esta herramienta aumentan con la formación ético-legal y al recordar su existencia.
5. Hay determinados códigos de la clasificación CIAP que generalmente deberían llevar asignada la opción *no imprimible*, seleccionados por coincidir la opinión de expertos y los profesionales sanitarios. Todos estos códigos tienen alguna relación con la esfera sexual, y se catalogan más unos u otros como *no imprimible* según el sexo del paciente.
6. No hay unas directrices claras sobre la finalidad para la que debe usarse la opción *no imprimible*, y eso hace que su uso sea muy heterogéneo. El consenso entre expertos y la opinión de profesionales coinciden en que mayoritariamente su uso debe dirigirse a evitar la difusión generalizada (en informes o partes de interconsulta) de información de especial sensibilidad y sin relación con la asistencia solicitada.
7. No utilizar el atributo de privacidad *no imprimible* es una práctica ética, deontológica y legalmente cuestionable.

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1. Descriptores de la CIAP1

A01	A01	DOLOR CUERO GENERALIZADO NC	A06	DESMAYO	A14	ABDOMEN COLICO INFANTIL	A25	MUERTE SUBITA MEDO	A76	ENFERMEDAD VIRAL CON EXANTEMA NC
A01	A06	DOLOR GENERALIZADO NC	A06	HISTORIA PERDIDA DE CONCIENCIA	A14	ABDOMINAL COLICO INFANTIL	A26	MIEDO DE PADEC CANCER NC DE	A76	ERITEMA INFECCIOSO
A01	A06	DOLOR NC	A06	HISTORIA PERDIDA DE CONCIENCIA DESMAYO	A14	COLICO DEL LACTANTE	A27	MIEDO DE PADEC ENFERMEDAD NC	A76	FIEBRE CON EXANT INFECC VIRCA
A01	A06	DOLOR CUERO GENERALIZA NC	A06	INCONSCIENCIA SINCOPE	A14	COLICO INFANTIL	A27	MIEDO DE PADEC INFECCION NC	A76	INFECCION VIRAL EXANTEMA NC
A02	A06	ESCALOFRIOS	A06	LIPOTIMIA	A14	NINO COLICO	A27	MIEDO DE PADEC MONONUCLEOSIS	A76	PRESIA ORIG DESCONOC CON EXANTEM INF VIR
A02	A06	ESTREMOCIMIENTO ESCALOFRIO	A06	PERDIDA CONCIENCIA	A14	COLICO DEL NINO	A27	MIEDO DE PADEC SARAMPION	A76	QUINTA ENFERMEDAD
A02	A06	SENTIR ESCALOFRIOS	A06	SENTIR DESMAYO PERDIDA DE CONCIENCIA	A14	COLICO DEL RECIEN NACIDO	A27	MIEDO DE PADEC TUBERCULOSIS	A76	RASH EXANT SUBITO VIRAL
A02	A06	SENTIR PRO ESCALOFRIOS	A06	SINCOPE PERDIDA DE CONCIENCIA	A14	COLICO NEONATAL	A27	MIEDO DE PADEC VARICELA	A76	ROSEOLA INFANTIL
A02	A06	TEMOR ESCALOFRIOS	A06	SINCOPE PERD DE CONC	A14	NIDO COLICO	A27	MIEDO DE PADEC VARCILLA	A76	SINOROME MANO FRE BODA
A02	A06	TIRITAR	A06	SINCOPE PERD DE CONC	A15	LLANTO EXCESIVO NINO	A28	INCAPACIDAD MINUSV NC	A76	SUBITO EXANTEMA
A02	A02	ESTREMOCIMIENTOSCALOF	A07	COMA NC	A15	NINO LLANTO	A28	INCAPACIDAD TRABAJAR	A76	VIKIASIS CON EXANTEMA
A02	A02	ESTREMOCIMIENTOSCALOF	A07	COMA TRAUMATICO NC	A15	ADOLESCENTE LLANTO	A29	ATURDIMIENTOMOTAMIENTO	A76	VIRULEA
A03	A03	FEBRICULA	A08	INFLAMACION NC (EXCL. EDEMA)	A15	LLANTO EXCESIVO ADOLESCENTE	A29	ESTUPOR	A77	DENGUE
A03	A03	FIEBRE PACTICA	A08	INFLAMACION NC	A15	LLANTO EXCESIVO NIDOADOLESCENTE	A29	PROBLEMA NC	A77	ENFERMEDAD CROSCAKE NC
A03	A03	FIEBRE FEBRIL	A09	CALOR PROBLEMA SUDOR	A15	LLANTO EXCESIVO NIDOADOLESCENTE	A29	SINTOMA QUEJA SIGNO GENERALES NC	A77	ENFERMEDAD VIRAL NC
A03	A03	FIEBRE ORIGEN DESCONOCIDO	A09	EXCESO SUDORACION (HIPERHIDROSIS)	A15	LLANTO EXCESIVO NINO / ADOLESCENTE	A29	SINTOMA QUEJA SIGNO NC	A77	FIEBRE AMARILLA
A03	A03	FIEBRE SIN FOCALIDAD APARENTE	A09	HIPERHIDROSIS SUDOR EXCESIVO	A15	NIDO LLANTO	A29	SCANKOLENCIA	A77	FIEBRE ROTONCOSA MEDITERRANEA
A03	A03	HIPERTERMIA	A09	SUDOR NOCTURNO	A15	NIDO LLANTO	A29	TOPIEZA	A77	FIEBRE EXANTEMATICA MEDITERRANEA
A03	A03	PRESIA ORIGEN DESCONOCIDO	A09	SUDOR PROBLEMAS	A15	NINO / ADOLESCENTE LLANTO	A30	MANTOUX CONVERSION POSITIVA RECIENTE	A77	FIEBRE HEMORRAGICA PICOUSA DE ARTROPODO
A03	A03	SENTIRSE FEBRIL	A09	TRANSPIRACION PERSPIRACION EXCESIVA	A16	ADOLESCENCIA IRRITABLE / NERVIOSO	A30	TUBERCULOSIS ARTICULAR	A77	FIEBRE RECURRENTE POR GARRAPATAS
A03	A03	SINDROME FEBRIL PROLONGADO	A09	EXCESO EXCESO SUDORACION	A16	ALBOPIOTADOR NINO	A30	TUBERCULOSIS EFECTOS TARDIOS	A77	INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS
A03	A03	TEMPERATURA ALTA FIEBRE	A09	PERSPIRACION EXCESIVA	A16	NERVOSANSIEDAD NERVIOSO NINO	A30	TUBERCULOSIS GENERALIZADA	A77	INFECCION URINARIA TRACTO VIRAL NC
A03	A03	PRESIA ORIG DESCONOC	A09	SUDOR EXCESIVO	A16	NIDO ALBOPIOTADOR	A30	TUBERCULOSIS HUESO	A77	ORINOTIS
A04	A04	MALESTAR INESPECIFICO Y GENERAL	A09	SUDOR PROBE CALOR	A16	NINO INQUIETO	A30	TUBERCULOSIS INTESTINAL	A77	RABIA
A04	A04	SENSACION DE CANSADO	A09	SUDOR PROBLEMAS CON	A16	NIDO INSOMNE	A30	TUBERCULOSIS MANTOUX POSITIVO PREVIO	A77	TEIUS EXANTEMATICO POR PULOS
A04	A04	SENTIR MALESTAR	A10	HEMORRAGIA SANGRADO NC	A16	NIDO IRRITABLE	A30	TUBERCULOSIS MENINGEA	A77	VIRAL INFECC INESPECIFICA
A04	A04	SENTIRSE CANSADO	A10	HEMORRAGIA SANGRADO NC	A16	NINO MALHUMORADO	A30	TUBERCULOSIS OTRAS NO RESP	A77	VIRASIS NC
A04	A04	SENTIRSE DEBIL	A12	ALERGIA ALIMENTARIA	A16	ADOLESCENCIA IRRITABLENERVIOSO	A30	TUBERCULOSIS PRIMARIA	A77	FIEBRE AMARILLA EDO
A04	A04	SENTIRSE ENFERMO (EXCL. ENFERMEDAD)	A12	ALERGIA EDEMA (EXCL. FARMACOS)	A16	NIDO ALBOPIOTADOR	A30	TUBERCULOSIS RENAL	A77	RABIA EDO
A04	A04	SENTIRSE EXHAUSTO	A12	ALERGIA (EXCL. FARMACOS)	A16	NINO INQUIETO	A30	TUBERCULOSIS RESULTADO MANTOUX POSITIVO RECIENTE	A77	TEIUS EXANTEMATICO POR PULOS EDO
A04	A04	SENTIRSE MAL	A12	ALERGIA FIEBRE DEL HENO (EXCL. FARMACOS)	A16	NINO INSOMNE	A30	TUBERCULOSIS RIRON	A78	BRUCELOSIS
A04	A04	SINDROME DE FATIGA CRONICA	A12	ALERGIA FIEBRE DEL HENO (EXCL. FARMACOS)	A16	NIDO IRRITABLE	A30	TUBERCULOSIS ZONA INESPECIFICA	A78	CARBUINCO
A04	A04	CANSADO LO NOTAN	A12	ALERGICO RASH CUTANEO (EXCL. FARMACOS)	A16	NINO MALHUMORADO	A30	TUBERCULOSIS ARTICULAR EDO	A78	ENF INVASIVA H INFL SEPSIS
A04	A04	CANSANCIO GENERAL (VEASE DEBILIDAD)	A12	EDEMA ANGIOEDEMATICO (EXCL. FARMACOS)	A16	ADOLESCENCIA IRRITABLENERVIOSO	A30	TUBERCULOSIS GENERALIZADA EDO	A78	ENFERMEDAD ARTROPODOS POCOUI NC
A04	A04	CANSANCIO GENERAL VEASE DEBILIDAD	A12	REACCION ALERGICA CON BRONCOSPASMO EXCLUIDO FARMACOS	A16	ALBOPIOTADOR NIDO	A30	TUBERCULOSIS HUESO EDO	A78	ENFERMEDAD INFECCOPARASIT NC
A04	A04	MALESTAR INESPECIFICO Y GENERAL	A12	REACCION ALERGICA NC EDEMA EXCLUIDO FARMACOS	A16	ALBOPIOTADOR NIDO	A30	TUBERCULOSIS INTESTINAL EDO	A78	ENFERMEDAD MICROBACTERIAS OTRAS NC
A04	A04	SENSACION DE CANSADO	A12	REACCION ALERGICA RASH NE EXCLUIDO FARMACOS	A16	NERVOSANSIEDAD NERVIOSO NIDO	A30	TUBERCULOSIS MENINGEA EDO	A78	ENFERMEDAD PARASITARIA NC
A04	A04	SENTIR MALESTAR	A12	REACCION ALERGICA RASH NE EXCLUIDO FARMACOS	A16	NERVOSANSIEDAD NERVIOSO NIDO	A30	TUBERCULOSIS OTRAS NO RESP EDO	A78	ENFERMEDAD RICKETTSIOSIS
A04	A04	SENTIRSE CANSADO	A12	REACCION ALERGICA NC FIEBRE DEL HENO EXCLUIDO FARMACOS	A16	NIDO ALBOPIOTADOR	A30	TUBERCULOSIS RENAL EDO	A78	FIEBRE RECURRENTE POR PULOS
A04	A04	SENTIRSE DEBIL	A12	SHOCK ANAFILACTICO EXCLUIDO FARMACOS	A16	NIDO INQUIETO	A30	TUBERCULOSIS RIRON	A78	HISTIOSIS DISMINUIDA
A04	A04	SENTIRSE ENFERMO (EXCL. ENFERMEDAD)	A12	ALERGIA EDEMA EXCLUIDO FARMACOS	A16	NIDO INSOMNE	A30	TUBERCULOSIS RIRON	A78	INFECCION FUNGICA NC
A04	A04	SENTIRSE EXHAUSTO	A12	ALERGIA EDEMA EXCLUIDO FARMACOS	A16	NIDO IRRITABLE	A30	TUBERCULOSIS ZONA INESPECIFICA EDO	A78	INFECCION Y PARASITACION NC
A04	A04	SENTIRSE MAL	A12	ALERGIA FIEBRE DEL HENO EXCLUIDO FARMACOS	A16	NIDO MALHUMORADO	A30	SARAMPION	A78	LEPRA
A04	A04	ASTENIA	A12	ALERGIA RASH EXCLUIDO FARMACOS	A16	NIDO ALBOPIOTADOR	A30	SARAMPION EDO	A78	LEPTOSPIRISIS
A04	A04	CANSANCIO GENERAL DEBILIDAD	A12	ALERGICO EDEMA EXCLUIDO FARMACOS	A16	NIDO INQUIETO	A30	VARICELA	A78	MICROSIS NC
A04	A04	DEBILIDAD GENERALIZADA	A12	ALERGICO EXCLUIDO FARMACOS	A16	NIDO INSOMNE	A30	VARICELA EDO	A78	MICROSIS NC
A04	A04	EXHAUSTO FISICAMENTE	A12	ALERGICO FIEBRE DEL HENO EXCLUIDO FARMACOS	A16	NIDO IRRITABLE	A30	VARICELA EDO	A78	MUERTE
A04	A04	FATIGA	A12	ALERGICO FIEBRE DEL HENO EXCLUIDO FARMACOS	A16	NIDO MALHUMORADO	A30	VARICELA EDO	A78	PESTE PASTEURIELLA PESTIS
A04	A04	INCOMODIDAD VEASE DOLOR GENERALIZADA	A12	ALERGICO RASH EXCLUIDO FARMACOS	A17	NINO CON SINTOMAS GRALES	A30	PALUDISMO	A78	TRIPANOSOMIASIS
A04	A04	LATITUD GENERAL	A12	ANGIOEDEMATICO EDEMA EXCLUIDO FARMACOS	A17	SINTOMA QUEJA SIGNO GENERALES INFANTILES NC	A30	PALUDISMO EDO	A78	TULAREMIA
A04	A04	LEFARGIA	A13	MEDICAMENTOS PREOCUPACION POR REACCION	A17	NIDO CON SINTOMAS GRALES	A30	PALUDISMO EDO	A78	BRUCELOSIS EDO
A05	A05	CONJUNCION	A13	MIEDO DE PADECER REACCION POR FARMACOS	A17	NIDO CON SINTOMAS GRALES	A30	RIEUELA EDO	A78	ENF INVASIVA H INFL SEPSIS EDO
A05	A05	DETERIORO GENERAL FISICO (EXCL. PSICO)	A13	PREOCUPACION EFECTOS SECUNDARIOS A FARMACOS	A20	EUTANASIA PETICION / DISOLUCION	A30	RIEUELA EDO	A78	INFECCION Y PARASITACION NCEDO NEUMOCOCCO INFLUENZAE
A05	A05	DETERIORO GENERAL FISICO EX PRICO	A13	MEDICAMENTOS PREOCUPACION POR TOMA	A20	SOLICITUD EUTANASIA	A30	FIEBRE GLANDULAR MONONUCLEOSIS	A78	LEPRA EDO
A05	A05	DETERIORO GENERAL FISICO EX PRICO	A13	MIEDO DE PADEC REACCION POR FARMAC	A20	EUTANASIA PETICION DISOLUCION	A30	GLANDULAR FIEBRE MONONUCLEOSIS	A79	CARCINOMA DISMINUIDO REGION PRIMARIA DESCONOCIDA
A06	A06	ATAQUE DESMAYO	A13	PREOCUPACION EFECT SECUN DE FARM	A25	GRPE AHINTI - CONTACTO	A30	INFECCION POR VIRUS DE EPSTEINBARR	A79	CARCINOMA IN SITU NC DE
A06	A06	COLAPSOS	A13	PREOCUPACION EFECT SECUN DE FARM	A25	MIEDO DE PADEC MUERTE	A30	MONONUCLEOSIS INFECCIOSA	A79	CARCINOMATOSIS ORIG PRIMARIO DESCONOCIDO

ANEXOS

B84	ANORMALIDAD INOCITOS	B85	SINDROME INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EDO	D05	PRURITO PICO DE PERMANAL	D15	HEMORRIA SANGR NC INTESTINO		LENGUA INFLAMADA
B84	ESINOFILIA NC	B90	SINDROME RELACIONADO CON EL SIDA EDO	D05	PRURITO PICO DE RECTAL	D15	MELENA		LENGUA NEGRA Y VILLOSA
B84	LEUCOCITOS ANORM NC	B89	ENFERMEDAD BAZO NC	D06	ABDOMEN AGUDO DOLOR LOCALIZADO	D16	HECES SANGRECTORRAGIA EXC HEMORROIDES		LENGUA ROJA
B85	ADOD URICO ELEVADO	B89	ENFERMEDAD LINFATICA NC	D06	ABDOMEN DOLOR COLOICO LOCALIZADO	D16	HEMORRIA SANGR NC ANAL RECTAL EXC HEMORROIDES		MAL O ALENTIO
B85	ADOCISIS	B89	ENFERMEDAD SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOY NC	D06	ABDOMEN DOLOR LOCALIZADO	D16	HEMORRIA SANGR NC RECTAL		QUEMAZON BOCA
B85	ALCALOSIS	B89	HIPERESPIRANISMO	D06	ABDOMEN ESPASMO LOCALIZADO	D16	RECTO HEMORRAGIA		RASH EXANT LABIOS
B85	ANORMAL HEMATOLOGICA NC	B89	INFECCION GANGLIOS NC	D06	ABDOMINAL AGUDO DOLOR LOCALIZADO	D16	RECTORRAGIA		SUBURRAL LENGUA
B85	ANORMAL PRUEBA SANGUINEA BIOQUIMICA SANGUIN NC	B89	POLICITEMIA SECUNDARIA	D06	ABDOMINAL COLOICO LOCALIZADO	D17	ENCOPRESIS ORIGEN ORGANICO		SECO SEQUEADO BOCA
B85	ANORMAL PRUEBA SANGUINEA ENZIMATICA NC	B89	SINDROME MELIROSIS/BAIRO	D06	ABDOMINAL DOLOR LOCALIZADO	D17	HECES INCONTINENCIA		SECO SEQUEADO LABIOS
B85	ANORMAL PRUEBA SANGUINEA INEXPLICABLE	D01	ABDOMEN AGUDO	D06	ABDOMINAL ESPASMO LOCALIZADO	D17	INCONTINENCIA HECES ORGANICA		SIALORREA
B85	ANORMAL PRUEBA SANGUINEA TOLER A LA GLUCOSA NO DM8	D01	ABDOMEN AGUDO DOLOR GENERALIZADO	D06	CALAMBRE ABDOMINAL LOCALIZADO	D17	INCONTINENCIA INTESTINAL		SINTOMA QUEJA SIGNO BOCA NC
B85	ANORMAL PRUEBA SANGUINEA TRANSMISINAS NC	D01	ABDOMEN COLOICO	D06	DEFECIO DOLOR CUADRI INE ABD	D18	CAMBIO EN DE HECES		SINTOMA QUEJA SIGNO LABIOS NC
B85	ANORMALIDAD HEMATOLOGICA NC	D01	ABDOMEN DISCONFORT	D06	DEFECIO DOLOR CUADRI SUP ABD	D18	CAMBIO EN DE MOVIMIENTOS INTESTIN		SINTOMA QUEJA SIGNO LENGUA NC
B85	ANORMALIDAD PRUEBA SANGUINEA INEXPLICABLE	D01	ABDOMEN DOLOR	D06	DOLOR ABDOMEN LOCALIZADO NC	D18	CAMBIO EN DE RITMO INTESTINAL		ULCERA ULCERACION LABIOS
B85	ANORMALIDAD PRUEBA SANGUINEA INEXPLICABLE TRANSMISINAS	D01	ABDOMEN DOLOR COLOICO	D06	DOLOR CUADRANTE INF ABD NC	D18	HECES INORMALES		ATRAGANTAMIENTO
B85	ANORMALIDAD PRUEBA SANGUINEA INEXPLICABLE BIOQUIMICA SANGUIN	D01	ABDOMEN DOLOR COLOICO GENERALIZADO	D06	DOLOR CUADRANTE SUP ABD NC	D18	HECES CAMBIOS EN		DEGLUCION DIFICULTAD PARA LA
B85	ANORMALIDAD PRUEBA SANGUINEA INEXPLICABLE ENZIMES/ESPECI	D01	ABDOMEN DOLOR GENERALIZADO	D06	DOLOR EPIGASTRICO NC	D18	HECES MOCO		DEGLUCION PROBLEMAS DE
B85	ANORMALIDAD PRUEBA SANGUINEA INEXPLICABLE TOLER A LA GLUCOSA	D01	ABDOMEN ESPASMO GENERALIZADO	D06	DOLOR EPOGASTRICO	D18	HECES PLUS		DIFICULTAD DEGLUTIR
B85	DERIVAME ARTICULAR	D01	ABDOMINAL AGUDO	D06	DOLOR FOJA LUCA NC	D18	MOCO EN HECES		DISFAGIA
B85	EXCESO EXCESIVO ALCOHOLIA	D01	ABDOMINAL AGUDO DOLOR GENERALIZADO	D06	DOLOR HICADO NC	D18	PUS EN HECES		INCAPACIDAD DEGLUTIR
B85	GLUCEMIA BASAL ATRAPADA	D01	ABDOMINAL COLOICO	D06	DOLOR HIPOCONDRIO NC	D18	DENTITION		INCAPACIDAD TRAGAR
B85	HIPERCALCEMIA	D01	ABDOMINAL DISCONFORT	D06	DOLOR HIPOGASTRICO NC	D19	DOLOR DIENTES MUELAS NC		ODINOFAGIA
B85	HIPEROSFATEMIA	D01	ABDOMINAL DOLOR	D06	DOLOR LUMBAL NC	D19	DOLOR ENCIAS NC		PROBLEMA DEGLUCION NC
B85	HIPERGLUCEMIA SIN DIABETES	D01	ABDOMINAL DOLOR COLOICO	D06	DOLOR VESICULA BILAR NC	D19	ENCIAS SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS		SENSACION ATRAGANTAMIENTO
B85	HIPERKALEMIA	D01	ABDOMINAL DOLOR GENERALIZADO	D06	EPIGASTRALGIA	D19	HEMORRIA SANGR NC ENCIAS		ANQUILOSTOMIASIS
B85	HIPERNATREMIA	D01	ABDOMINAL DOLOR GENERALIZADO	D06	EROFAGIA	D19	INFLAMACION ENCIAS NC		ASCARIS
B85	HIPERPOTASEMIA	D01	ABDOMINAL ESPASMO GENERALIZADO	D06	ERUCTOS	D19	SINTOMA QUEJA SIGNO DIENTES NC		ENTEROBASIS
B85	HIPERURICEMIA ASINTOMATICA	D01	CALAMBRE ABDOMINAL GENERALIZADO	D06	EXCESO EXCESIVO ERUCTO	D19	SINTOMA QUEJA SIGNO ENCIAS NC		EQUINOCOCOSIS
B85	HIPOCALCEMIA	D01	COLOICO BILAR	D06	EXCESO EXCESIVO GAS	D19	ULCERA ULCERACION DIENTES		ESQUISTOSOMIASIS
B85	HIPOSFATEMIA	D01	COLOICO DIGESTIVO	D06	FLATULENCIA	D19	ULCERA ULCERACION ENCIAS		FILARIASIS
B85	HIPOKALEMIA	D01	COLOICO HEPATICO	D06	GASES FLATULENCIA	D19	ALIENTO MAL		HELMINTIASIS INTESTINAL
B85	HIPOKATREMIA	D01	COLOICO INTESTINAL	D06	MEFORSISMO	D20	ANORMAL COLOR LABIOS		INFECCION CESTODOS NC
B85	INTOLERANCIA A LA GLUCOSA	D01	DOLOR ABDOMEN GENERALIZADO NC	D06	ARCADA NAUSEA	D20	ANORMAL COLOR LENGUA		LARVA MIGRANS
B85	INTOLERANCIA A LA GLUCOSA NO DIABETES	D01	DOLOR INTESTINAL NC	D09	VAUSEA	D20	ANORMAL GUSTO NO NEUROLOGICA		LOMBRICES OXUROS
B85	SANGRESANGUINEA PRUEBAS ANORMALES NC	D01	INTESTINAL COLOICO	D10	VOMITO	D20	ANORMALIDAD COLOR LABIOS		OXURASIS OXUROS
B85	TOLERANCIA ANORMAL A LA GLUCOSA	D01	INTESTINAL DOLOR	D11	DIARREA NC	D20	ANORMALIDAD COLOR LENGUA		PARASITOS INTESTINALES
B86	ANORMAL PRUEBA SANGUINEA HEMATIES NC	D02	CALAMBRE ESTOMAGO	D11	HECES PRECUTIS DIARREA	D20	ANORMALIDAD GUSTO NO NEUROLOGICA		SOLITARIA TENIA
B86	ANORMALIDAD PRUEBA SANGUINEA INEXPLICABLE HEMATIES NC	D02	DOLOR ESTOMAGO NC	D11	HECES PRECUTIS DIARREA	D20	ANORMALIDAD GUSTO NO NEUROLOGICA		TENIASIS
B86	AUMENTO AUMENTADO VELOCIDAD DE SEDIMENTACION	D02	DOLOR GASTRICO NC	D12	ESTREÑIMIENTO	D20	SABEAR		TREMATODIASIS
B86	VELOCIDAD DE SEDIM ELEV	D02	ESPASMO ESOFABICO	D12	ESTREÑIMIENTO	D20	BOCA SIGNOS Y SINTO DE LA		TRICHURASIS
B87	ANORMAL BAZO ESPIRONEGALIA	D02	ESPASMO ESTOMAGO DOLOR	D12	HECES DURAS ESTREÑIMIENTO	D20	DIENTES SIGNOS Y SINTOMAS		TRICHINOSIS
B87	ANORMALIDAD BAZO ESP ENOMEGALIA	D02	ESTOMAGO DOLOR DE	D12	HECES DURAS ESTREÑIMIENTO	D20	DOLOR BOCA NC		TRICHINOSIS EDO
B87	ESPIRONEGALIA	D02	ESTOMAGO MALESTAR DE	D12	ESTREÑIMIENTO	D20	DOLOR LABIO NC		ABDOMEN MASA
B87	INCREMENTO BAZO TAMAÑO DEL	D02	POLURIA NOCTURNA	D12	HECES DURAS ESTREÑIMIENTO	D20	DOLOR LENGUA NC		ABDOMINAL MASA
B87	INCREMENTO BAZO TAMAÑO DEL	D03	ESOPAGO QUEMAZON PHOSIS	D13	CAMBIO EN DE PEL NC COLOR ICTERICO	D20	GRIETA LABIOS		MASA ABDOMINAL NC
B87	INCREMENTO BAZO TAMAÑO DEL	D03	ESOPAGO ACIDEZ DE PHOSIS	D13	ICTERIGIA NC	D20	GUSTO MALO EN LA BOCA		ABDOMEN DISTENSION
B89	ADQUIRIDA SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA	D04	PHOSIS ABDOR	D13	HEMATEMESIS	D20	HAUTORS		ABDOMINAL DISTENSION
B90	CRIS COMPL RELAC CON EL SIDA	D04	ANAL DOLOR	D14	HEMATEMESIS	D20	HEMORRIA SANGR NC BOCA		CAMBIO EN DE PERIMETRO ABDOMINAL
B90	INFECCION VIH SIN SIDA NC	D04	DOLOR ANAL NC	D14	HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	D20	HEMORRIA SANGR NC LABIOS		DISTENSION ABDOMINAL
B90	SIDA	D04	DOLOR DEFECAC RECTAL NC	D14	VOMITO SANGRE HEMATEMESIS	D20	HEMORRIA SANGR NC LENGUA		INCREMENTO PERIMETRO ABDOMINAL
B90	SINDROME INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA	D04	DOLOR RECTAL NC	D14	HECES COMO BREPAPZ	D20	INFLAMACION LABIOS NC		INFLAMACION ABDOMEN DISTENSION NC
B90	SINDROME RELACIONADO CON EL SIDA	D04	DOLOROSO DEFECACION	D15	HECES NEGRASMELENA	D20	INFLAMACION LENGUA NC		LENO ABDOMEN
B90	VIH POSITIVO SIN SIDA	D05	RECTO DOLOR	D15	HECES NEGRASMELENA	D20	LABIOS SIGNOS Y SINTOMAS		MIEDO DE PADEC CALCULOS BILIARES
B90	ADQUIRIDA SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA EDO	D05	PRURITO PRURITO	D15	HECES SANGREMELENA	D20	LENGUA DEGLUCION DE		MIEDO DE PADEC ENFERMEDAD DIGESTIVA
B90	CRIS COMPL RELAC CON EL SIDA EDO	D05	PRURITO PICO DE ANAL	D15	HEMORRIA SANGR NC GASTRONTRITESMELENA	D20	LENGUA DOLOROSA		MIEDO DE PADEC ENVENEN POR COMIDA
B90	SIDA EDO	D05	PRURITO PICO DE ANAL	D15	HEMORRIA SANGR NC HECEMELENA	D20	LENGUA HEMORRAGIA DE LA		MIEDO DE PADEC HEPATITIS INFECCIOSA

ANEXOS

D67	MIEDO DE PADEC. HERNIA	D72	HEPATITIS B EDO SI ES AGUDA	D60	LESION APARATO DIGESTIVO NC	D64	DIVERTICULITIS DIVERTICULOSIS DIVERTICULO ESOFAGO	D69	SINDROME INTESTINO IRRITABLE
D67	MIEDO DE PADEC. PAROTIDITIS	D72	HEPATITIS C EDO SI ES AGUDA	D60	LESION LENGUA NC	D64	ENFERMEDAD ESOFAGO NC	D69	DIARREA CRONICA INESPECIFICA NIÑO
D68	MIEDO DE PADEC. ULCERA	D72	HEPATITIS D EDO SI ES AGUDA	D60	RUPTURA HIGADO TRAUMATICA	D64	ESOFAGITIS	D69	DIARREA CRONICA INESPECIFICA NIÑO
D69	INCAPACIDAD MINUSV NC APARATO DIGESTIVO	D72	HEPATITIS INFECCIOSA EDO SI ES AGUDA	D61	ROTURA HIGADO TRAUMATICA	D64	ESOFAGITIS POR CAUSITOS	D69	COLITIS CILICEROSA
D69	ASITOS	D72	HEPATITIS VIRAL NC EDO SI ES AGUDA	D61	CONGENITA ANOM APARATO DIGESTIVO	D64	ESOFAGO ENFERMED DEL	D69	ENFERMEDAD CRON DE NC
D69	BRUXISMO	D72	ICTERICIA INFECCIOSA HEPATITIS NC EDO SI ES AGUDA	D61	CONGENITA ANOM MEGACOLON	D64	ESTENOSIS ESOFAGO	D69	ENTERITIS REGIONAL CHRONIC
D69	ESTEATORREA	D73	ALIMENTO CONTAMINADO INECC	D61	ESTENOSIS HIFEROTICA DEL PLOMO	D64	MALLORQUEIS NIÑO DE	D69	ENTERITIS ULCERATIVA
D69	SINTOMA QUELLO SIGNO DIGESTIVOS NC	D73	COLITIS INFECCIOSA INESPECIFICA	D61	ESTENOSIS PILORICA CONGENITA	D64	REFLUJO ESOFAGICO	D69	PROTICOLITIS IDIOPATICA
D70	ALIMENTO CONTAMINADO INECC SALMONELLA POR	D73	ENTERITIS INFECCIOSA INESPECIFICA	D61	FISURA PALATINA	D64	ENFERMEDAD CROHN DE NC	D69	ABSCESO ANORECTAL
D70	AMEBIASIS	D73	ENVENENAMIENTO ALIMENTOS INFECCIOSOS INESPECIFICOS	D61	HEMIDIO PALAO O LABIO	D64	SINDROME MALLORQUEIS	D69	ABSCESO PERIANAL
D70	CAMPYLOBACTER ENTER POR	D73	GASTRITIS CATARRAL INFLUENZA	D61	HIGHSPRING ENF DE	D64	ULCERA ULCERACION ESOFAGO	D69	FISTULA ANAL
D70	COLERA	D73	GASTROENTERITIS INECC INESPECIFICA	D61	LABIO LEFORINO	D65	DUODENAL ULCERA	D69	FISTULA RECTAL
D70	COLITIS INFECCIOSA ESPECIFICA	D73	GEA GASTROENTERITIS INECC INESP	D61	MECEL DIVERTICULO DE	D65	ULCERA ULCERACION DUODENO	D69	RISUPA ANAL
D70	DIARREA BACTERIANA NC	D73	GUSANOS INTESTINALES	D62	ABSCESO DENTAL	D65	ULCERA ULCERACION DUODENO	D69	PERIANAL ABSCESO
D70	DIARREA INFECCIOSA NC	D73	IDENTOSIS LOCALIZADA	D62	ABSCESO GINGIVAL	D65	ULCERA ULCERACION DUODENO	D69	HEPATOMEGALIA
D70	DIBENTERIA AMEBIANA	D73	INFECCION APARATO DIGESTIVO NC PRESUM	D62	ALTERACION ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	D66	ULCERA ULCERACION ESTOMAGO	D69	QUISTE HEMITIDICO HEPATICO
D70	DIBENTERIA BACILAR	D73	INFLUENZA INTESTINAL	D62	ALTERACION TEMPOROMANDIBULAR ARTICULACION	D66	ULCERA ULCERACION GASTRICA	D69	ABSCESO HEPATICO
D70	ENTERITIS INFECCIOSA ESPECIFICA	D73	INTOX ALIMENTARIA INFECCION PRESUMIBLE	D62	CARIES	D66	ULCERA ULCERACION GASTROENTEROYENAL	D69	CIRROSIS BILIAR
D70	ENTERITIS INFECCIOSA ESPECIFICA POR SHIGELLA	D73	LOMBRICES OLIJIDOS ASCARIS OTROS	D62	DIENTES ENFERMEDADES DE LOS	D66	ULCERA ULCERACION MARGINAL YETIYANO	D69	CIRROSIS HEPATICA
D70	ENVENENAMIENTO ALIMENTOS INFECCIOSOS ESPECIFICOS	D74	CANCER DE ESTOMAGO	D62	ENCIAS ENFERMEDADES DE LAS	D66	ULCERA ULCERACION PEPTICA	D69	COMA HEPATICO NC
D70	ENVENENAMIENTO ALIMENTOS INFECCIOSOS SALMONELLA	D74	NEOPLASIA MALIGNA ESTOMAGO	D62	ENFERMEDAD DIENTES DE LOS NC	D66	ALTERACION ESTOMAGO FUNCION DEL	D69	ENFERMEDAD HEPATICA NC
D70	FIEBRE PANAFRICA	D75	COLON CANCER NEOPL. MALIGN	D62	ENFERMEDAD ENCIAS NC	D67	DEFICUL DIGESTION	D69	HEPATITIS AGUDA
D70	FIEBRE TIFOIDEA	D75	EMBOLISMO ARTERIAL CORONARIO INFARTO	D62	FLEMON DENTAL	D67	DISPEPSIA	D69	HEPATITIS ALCOHOLICA
D70	GASTROENTERITIS INECC ESPECIFICA	D75	NEOPLASIA MALIGNA ANO	D62	FRACUTURA DENTAL	D67	DIAPHRAGMATICA	D69	HEPATITIS NO VIRAL
D70	GARDIASIS/AMBIASIS	D75	NEOPLASIA MALIGNA COLON	D62	GINGIVITIS	D67	ENFERMEDAD ESTOMAGO DISPEPSIA NC	D69	ABSCESO VESICULA BILIAR
D70	INTOX ALIMENTARIA INFECCION PRESUMIBLE DIBENTERIA	D75	NEOPLASIA MALIGNA RECTO	D62	MACROGLUCION DENTAL	D67	ENFERMEDAD ESTOMAGO DISPEPSIA NC	D69	CALCULO BILIAR
D70	INTOX ALIMENTARIA INFECCION PRESUMIBLE ESPECIFICA	D75	NEOPLASIA MALIGNA RECTO	D62	MACROGLUCION DENTAL	D67	ENFERMEDAD ESTOMAGO DISPEPSIA NC	D69	CALCULO CONDUCC BILIAR CUALO
D70	INTOX ALIMENTARIA INFECCION PRESUMIBLE SALMONELLA	D75	RECTO CANCER	D62	PERIODONTITIS	D67	GASTRITIS	D69	COLANGITIS
D70	SALMONELLOSIS	D76	NEOPLASIA MALIGNA PANCREAS	D63	AFIAS ULCERAS AFTOSAS	D67	GASTRITIS AGUDA	D69	COLELITIASIS
D70	SHIGELLOSIS	D76	PANCREAS CANCER DE	D63	BOCA ENFERMEDADES DE LA	D67	GASTRITIS ATROFICA	D69	COLEDOCOLITIASIS
D70	TIFOIDEA	D77	CANCER DE ESOFAGO	D63	BOQUERAS	D67	GASTRITIS REGIONAL	D69	COLELITIASIS
D70	YERSINIA ENTEROCOLITICA	D77	CANCER DE HIGADO HEPATOCARCINOMA	D63	CALCULO SALIVAR	D67	INGESTION GASTR AG	D69	COLELITIASIS
D70	COLERA EDO	D77	CANCER DE VESICULA BILIAR	D63	ENFERMEDAD BOCA NC	D67	INFLAMACION ESTOMAGO NC	D69	COLELITIASIS
D70	DIBENTERIA BACILAR EDO	D77	NEOPLASIA MALIGNA APARATO DIGESTIVO NC	D63	ENFERMEDAD LABIOS NC	D68	ABSCESO APENDICULAR	D69	COLELITIASIS
D70	ENTERITIS INFECCIOSA ESPECIFICA POR SHIGELLA EDO	D77	NEOPLASIA MALIGNA ESOFAGO	D63	ENFERMEDAD LENGUA NC	D68	APENDICITIS AGUDA	D69	ENFERMEDAD VESICULA BILIAR NC
D70	FIEBRE PANAFRICA EDO	D77	NEOPLASIA MALIGNA INTESTINO DELGADO	D63	ENFERMEDAD LENGUA NC	D68	APENDICITIS CRONICA RECIDIVANTE	D69	LITIASIS BILIAR
D70	FIEBRE TIFOIDEA EDO	D77	CARCINOMA IN SITU NC DE APARTO DIG BENIGNO	D63	ENFERMEDAD SALIVARES GLANDULAS NC	D68	APENDICITIS CRONICA RECIDIVANTE	D69	VESICULA BILIAR ENF CALCULO
D70	SHIGELLOSIS EDO	D78	NEOPLASIA BENIGNA AP DIGESTIVO CU PARTE	D63	ESTOMATITIS AFTOSA	D68	HERNIA INGUINOSCROTAL	D69	VESICULA BILIAR ENF DE LA NC CALCULOSA
D70	TIFOIDEA EDO	D78	NEOPLASIA BENIGNA AP DIGESTIVO CU PARTE	D63	ESTOMATITIS AGUDA	D68	HERNIA INGUINAL NC	D69	ADHESIONES ABDOMINALES
D71	MENINGITIS UROLINA COMPL. PAPERAS	D78	NEOPLASIA BENIGNA DE ESOFAGO	D63	FRENILLO UNGUAL LABIAL	D68	HERNIA DIAFRAGMATICA NC	D69	ASA CIEGA SINDROME DE
D71	PAPERAS PAROTID EPID	D78	POLIPO COLON BENIGNO	D63	GEORGRAFICA LENGUA	D68	HERNIA HATO NC	D69	CELACIA ENFERMEDAD
D71	PAROTIDITIS EPIDEMICA	D78	DEGLUCION CUERPO EXTRAÑO	D63	GLORITIS	D68	HERNIA FEMORAL NC	D69	COLOSTOMIA MALA FUNCION DE LA
D71	PAROTIDITIS EPIDEMICA MENINGITIS	D78	DEGLUCION CUERPO EXTRAÑO	D63	LABIOS ENFERMEDADES	D68	HERNIA NC	D69	ENFERMEDAD APARATO DIGESTIVO NC
D71	PAROTIDITIS EPIDEMICA ORQUITIS	D78	EXTRAÑO CUERPO DEGLUTIDO	D63	LENGUA ENFERMEDADES	D68	HERNIA LUMBELICAL NC	D69	ENFERMEDAD APENDICE NC
D71	MENINGITIS UROLINA COMPL. PAPERAS EDO	D78	EXTRAÑO CUERPO DEGLUTIDO	D63	LENGUA GEORGRAFICA	D68	HERNIA LUMBELICAL NC	D69	ENFERMEDAD CELIACA NC
D71	PAPERAS PAROTID EPID EDO	D78	LESION APARATO DIGESTIVO CUERPO EXTRAÑO NC	D63	QUILITIS	D68	ENFERMEDAD DIVERTICULOSIS DIVERTICULO INTESTINO	D69	ENFERMEDAD CELIACA NC
D71	PAROTIDITIS EPIDEMICA EDO	D78	LESION APARATO DIGESTIVO CUERPO EXTRAÑO NC	D63	QUILITIS ANULAR	D68	COLITIS MUCOSA COLON IRRIT	D69	ENFERMEDAD PANCREAS NC
D71	PAROTIDITIS EPIDEMICA MENINGITIS EDO	D78	RECTO CUERPO EXTRAÑO	D63	QUILITIS ANULAR	D68	COLON ESPASTICO	D69	ENTEROPATIA POR GLUTEN
D71	PAROTIDITIS EPIDEMICA ORQUITIS EDO	D78	RECTO CUERPO EXTRAÑO	D63	QUELLOSIS ANO VOCEIRAS	D68	COLON IRRITABLE	D69	GLUTEN ENTEROPAT POR
D72	HEPATITIS A	D78	DEGLUCION CUERPO EXTRAÑO	D63	QUELLOSIS ANO VOCEIRAS	D68	DIARREA CRONICA INESPECIFICA NIÑO	D69	ILEO PARALITICO NC
D72	HEPATITIS B	D78	DEGLUCION CUERPO EXTRAÑO	D63	RAJADES	D68	ESPAISMO ANAL COLON IRRITAB	D69	INTESTINAL OBSTRUCCION
D72	HEPATITIS C	D78	EXTRAÑO CUERPO APARATO DIGESTIVO	D63	SALVAR CALCULO	D68	ESPAISMO SINDROME DE COLON	D69	INTOLERANCIA ALIMENTARIA
D72	HEPATITIS D	D78	EXTRAÑO CUERPO DEGLUTIDO	D63	SALVADIENTIS	D68	FUNCIONAL DIARREA COLON IRRIT	D69	INTOLERANCIA ALIMENTARIA
D72	HEPATITIS INFECCIOSA	D78	EXTRAÑO CUERPO APARATO DIGESTIVO	D63	ULCERA ULCERACION BOCA	D68	IRRITACION IRRITABLE COLON	D69	INVASION INTESTINAL
D72	HEPATITIS VIRAL NC	D78	EXTRAÑO CUERPO DEGLUTIDO	D63	ULCERA ULCERACION ESTOMATITIS AGUDA	D68	IRRITACION IRRITABLE SINDROME DE INTESTINO	D69	ISQUEMIA MESENTERICA
D72	ICTERICIA INFECCIOSA HEPATITIS NC	D78	LESION APARATO DIGESTIVO CUERPO EXTRAÑO NC	D63	VOCEIRAS QUELITIS ANULAR	D68	PROCTALGIA PRECOZ	D69	MEGACOLON
D72	HEPATITIS A EDO	D80	RECTO CUERPO EXTRAÑO	D64	ACALASIA ESOFAGO	D68	SINDROME COLON ESPASTICITAB	D69	MESENTERICA INSUFICIENC VASCULAR
D72			LATIDO CARDIACO ECTOPICO	D64	CARDIOESPASMO CARDIAS	D68	SINDROME FLEXURA ESPLENICA	D69	MESENTERICA THROMBOSIS

214

ANEXOS

H74	MINICITIS CRÓNICA	K01	DOLOR CORAZÓN NC	K29	CIRCULACIÓN POBRE	K75	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	K00	EXTASISTOLE AURICULAR
H74	OTIS MEDIA CRÓNICA	K01	DOLOR TORAX CARDIACO	K29	CORAZÓN PROBLEMA EN EL	K75	INFARTO CARDIACO	K00	EXTASISTOLE SUPRAVENTRICULAR
H74	OTIS MEDIA RECIDIVANTE	K02	CORAZÓN PESADO DEL	K29	DEBIL DERMID GR.ZDA CARDIACA	K75	INFARTO DE MIOCARDIO AGUDO	K00	EXTASISTOLE VENTRICULAR
H75	NEPLASIA BENIGNA OIDO	K02	CORAZÓN PESADO	K29	DEFUNCION CARDIACA	K75	INFARTO INMINENTE	K00	EXTASISTOLES
H75	NEPLASIA MALIGNA OIDO	K02	CORAZÓN PRESION EN EL	K29	PROBLEMA CIRCULACION NC	K75	INMINENTE INFARTO	K00	PREDIATURO LATIDO
H75	NEPLASIA MALIGNA OIDO	K02	PESADEZ CARDIACA	K29	PROBLEMA CIRCACION NC	K75	INTERMEDIO SIND CORD	K01	CORAZON SOPLO NC O NO
H75	EXTRADO CUERPO OIDO	K02	PRESION COMPRESION NC CARDIACA	K29	SINTOMA QUEJA SIGNO CARDIOVASCULAR NC	K75	MIOCARDIO INFARTO DE AGUDO	K01	FUNCIONAL SOPLO CARDIACO INOC
H75	EXTRADO CUERPO OIDO	K02	TORAX PRESION EN EL ATRIEBI AL CORAZON	K29	SINTOMA QUEJA SIGNO CIRCULATORIOS NC	K75	OCCLUSION ARTERIAL CORONARIA INFARTO	K01	SOPLO CARDIACO NC O NO
H77	LESION OIDO PERFORAC TÍMPANO NC	K03	CIRCULACION DOLOROSA	K29	SINTOMA QUEJA SIGNO CORAZON NC	K75	POSTINFARTO DE MIOO SIND	K01	SOPLO INOCENTE
H77	OIDO OREJA PERFO TÍMP NO INFECC	K03	DOLOR CIRCULACION NC	K29	AGUDO Y SUBAGUDO ENDOCARDITIS	K75	RUPTURA CARDIACA	K02	ATROFISCLEROSIS PULMONAR
H77	PERFORACION MEMBRANA TÍMPANICA NO INF	K03	DOLOR TORAX CIRCULATORIO NC	K70	AGUDO Y SUBAGUDO MIOCARDITIS	K75	RUPTURA CORAZON	K02	COP PULMONALE
H78	LESION OIDO SUPERFICIAL NC	K04	CORAZON BRADICARDICO	K70	AGUDO Y SUBAGUDO PERICARDITIS	K75	RUPTURA CORON INFAR	K02	ENFERMEDAD CARDIACA PULMONAR NC
H78	AMPUTACION DE LA OREJA	K04	LATIDO CARDIACO DISMINUIDO	K70	ENDOCARD AGUDO SUBA NO REUMATICA	K75	RUPTURA MIOCARDIO	K02	HIPERTEN HIPERTENSIVO PULMONAR PRIMIDOP
H78	LESION OIDO NC	K04	LATIDO CARDIACO INCREMENTADO	K70	INFECCION APARATO CIRCULATORIO NC	K75	SINDROME INTERMEDIO CORONARIO	K03	ARTICA DOBLE LESION NO REUMAT
H80	ACCESORIO PABELON AURICULAR	K04	LATIDO CARDIACO LENTO	K70	MIOCARDITIS AGUDA	K75	SUBAGUDA ENF ISO CARD	K03	ENFERMEDAD AORT VALV NO REUM NC
H80	AFONIA PREAURICULAR	K04	LATIDO CARDIACO RAPIDO	K70	PERICARDITIS AGUDA INFECCIOSA	K75	TAPONAMIENTO CARDIACO POR ROTURA POSTINFARTO	K03	ENFERMEDAD CARDIACA VALVULAR NO REUMA NC
H80	CONGENITA ANOM OIDO	K04	PALPITACIONES	K71	ARTICA DOBLE LESION REUMATICA	K75	TRONCULOSIS CORONARIA ARTERIAS	K03	ENFERMEDAD MITRAL VALV CRON NO REUMATICA NC
H80	DARWIN TUBERCULO DE OREJA	K04	PREOCUPACION LATIDOS CARDIACOS IRREGULARES IRREGULARI DE DEL	K71	CARDITIS REUMATICA AGUDA	K75	ROTURA CORAZON	K03	ESTENOSIS AORTICA NO REUMATICA
H80	FETILA PREAURICULAR	K04	PULSO LATIDO LENTO	K71	CARDITIS REUMATICA CRONICA	K75	ROTURA CORON INFAR	K03	ESTENOSIS MITRAL NO REUMATICA
H80	PABELON ALTA ACCESOR	K04	PULSO LATIDO RAPIDO	K71	CORREA DE STENHAM	K75	ROTURA MIOCARDIO	K03	ESTENOSIS PULMONAR NO REUMATICA VALV
H81	CERA EXC EN EL CONDUCC AUDITIVO EXTERNO	K04	TAQUICARDIA NC	K71	ENDOCARD AGUDO SUBA REUMATICA CRONAG	K75	ANEURISMA CORONARIO NC	K03	MITRAL DOBLE LESION NO REUMAT
H81	OIDO OREJA CERA EXCESIVA	K04	VEJILANCA LATIDO CARDIACO	K71	ENFERMEDAD AORT VALV REUMATICA	K76	ATROFISCLEROSIS CORONARIA	K03	VALVULOPATIA NO REUMATICA NC
H81	TAPON DE CERUMEN	K05	ANORMAL LATIDO CARDIACO	K71	ENFERMEDAD CARDIACA REUMAT CRONAGU NC	K76	ENFERMEDAD CARDIACA ARTERIOESCLEROTICA NC	K04	ALTERACION RITMO CARDIACO NC
H82	ALTERACION LESTIBULAR	K05	ANORMAL PALPITACIONES	K71	ENFERMEDAD MITRALVALVCRON REUMATICA	K76	ENFERMEDAD CARDIACA ISQUEMICA CRONICA NC	K04	ARITMIA CARDIACA NC
H82	ALTERACION VESTIBULAR	K05	ANORMAL PULSO	K71	ENFERMEDAD REUMATICA CARDIACA CRONICANGUDA	K76	INFARTO DE MIOCARDIO ANTEGUO	K04	ARITMIA RESPIRATORIA
H82	ENFERMEDAD MIERIE DE NC	K05	ANORMALIDAD LATIDO CARDIACO	K71	ESTENOSIS AORTICA REUMATICA	K76	INFARTO DE MIOCARDIO CICATRIZADO	K04	BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR
H82	LABIRINTIS	K05	ANORMALIDAD PALPITACIONES	K71	ESTENOSIS ARTERIAS PRECEREPIRA REUMATICA	K76	INFARTO DE MIOCARDIO CRONICA	K04	BLOQUEO DE RAMA DERECHA
H82	SINDROME MENIERE	K05	ANORMALIDAD PULSO	K71	ESTENOSIS MITRAL REUMATICA	K76	ISQUEMIA MIOCARDICA CRONICA	K04	BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA
H82	SINDROME VERTIGINOSO	K05	IRREGULAR LATIDO CARDIACO	K71	FEBRE REUMATICA	K76	MIOCARDIO INFARTO DE CICATRIZADO	K04	BLOQUEO Y TAPONAMIENTO CARDIACO
H82	VERTIGO AURAL	K05	IRREGULAR PULSO	K71	FEBRE REUMATICA AGUDA	K76	AGUDO Y SUBAGUDO EDEMA PULMONAR	K04	BRADICARDIA
H82	VERTIGO DE MENIERE	K05	LATIDO CARDIACO IRREGULAR	K71	MIOCARDITIS REUMATICA AGUDCRON	K77	CARDIACO ASMA INSUFICIENCIA	K04	CARDIOMEGALIA
H82	VERTIGO OTOSENSO	K05	LATIDO CARDIACO SALTARIN	K71	MITRAL DOBLE LESION REUMATICA	K77	CARDIACO INSUFICIENCIA	K04	CARDIOMIOPATIA
H83	OTOSCLEROSIS OTOSCLEROSIS	K05	PREOCUPACION IRREGULARIDAD DE DEL PULSO	K71	PERICARDITIS AGUDA REUMATICA	K77	CONGESTIVA INSUFICIENCIA CARDIACA	K04	DISRITMIA CARDIACA NC
H84	PRESBIACUSIA SENIL	K05	PREOCUPACIONLATIDOS CARDIACOS IRREGULARDEBELLATIDOS	K71	PERICARDITIS CRONICA REUMATICA	K77	EDEMA PULMONAR AGUDO	K04	ENFERMEDAD CARDIACA ESPECIFICA NC
H84	PRESBIACUSIA SORDERA SENIL	K05	PULSO LATIDO IRREGULAR	K71	VALVULOPATIA REUMATICA NC	K77	FALLO CARDIACO DERECHO	K04	ENFERMEDAD CARDIACA NC
H84	SENIL PREBIACUSIA	K05	VEJILANCA IRREGULARIDADES EN LATIDO CARDIACO	K72	NEOPLASIA BENIGNA AP CIRCULATORIO CUALQUIER PARTE	K77	FALLO CARDIACO IZQUIERDO	K04	ENFERMEDAD DEL SEÑO
H85	ACUSTICO TRAUMA OIDO AGUDO	K06	VEJILANCA IRREGULARIDADES EN PULSO	K72	NEOPLASIA MALIGNA APARATO CIRCULATORIO OUI PARTE	K77	FALLO CORAZON	K04	ENFERMEDAD PERICARDIO OTAS NC
H85	EFFECTO ADVERSO RUJIDO TRAUMA ACU NC	K06	PROMINENTE VEINAS	K73	AURICULAR DEFECTO SEPTAL	K77	FALLO MIOCARDIO	K04	FIBRILACION VENTRICULAR
H85	PERDIDA OIDO INACUADA POR RUJIDO	K06	VEINAS DOLOROSAS	K73	CARDIOPATIA CONGENITA	K77	FALLO VENTRICULO DERECHO	K04	HEMIBLOQUEO
H85	RUJIDO PERDIDA DE ALCIC INACUADA POR	K06	VEINAS ENFLAMADAS	K73	CONDUCCION ARTER PERIST	K77	FALLO VENTRICULO IZQUIERDO	K04	MIOCARDIOPATIA DILATADA
H85	TRAUMA ACUSTICO OIDO CRONICO	K06	EDEMA	K73	CONGENITA ANOM APARATO CIRCULATORIO	K77	INSUFICIENCIA CARDIACA DERECHA	K04	PERICARDITIS AGUDA EXCLU INFECCIOSA
H86	AUDICION PERDIDA SUBITA DE	K07	HEROPESEADEMA	K73	CONGENITA ANOM VASOS	K77	INSUFICIENCIA CARDIACA IZQUIERDA	K04	PERICARDITIS CONSTRUCTIVA
H86	HIPOCACUSIA AGUDA	K07	INFLAMACION TORBILLO NO TRAUMAT NC	K73	DUCTUS ART PERIST	K77	INSUFICIENCIA CARDIACA DERECHA	K04	SINDROME BRADICARDIA TAQUICARDIA
H86	HIPOCACUSIA CONGENITA	K07	SINTOMA QUEJA SIGNO TORBILLO INFLAMA NO TRAUMI NC	K73	MITRAL DOBLE LESION REUMATICA	K78	ALLETGO AURICULAR	K04	TAPONAMIENTO CARDIACO TRAUMOTR EXC INFARTO
H86	HIPOCACUSIA CRONICA	K07	TORBILLO EDEMA	K73	ESTENOSIS MITRAL CONGENITA	K78	AURICULAR ALLETGO	K04	PRESION ARTERIAL ELEVADA SIN HIPERTENSION
H86	PERDIDA OIDO	K07	TORBILLO INFLAMADO NO TRAUMATICO	K73	ESTENOSIS PULMONAR CONGENI	K78	FLUTTER VENTRICULAR	K05	PROBLEMA PRESION SANGUINEA NC
H86	PROBLEMA OIDO BORDERA NC	K24	MIEDO DE PADEC ATAUQUE CARDIACO	K73	TETRALOGIA DE FALLOT	K78	FLUTTER VENTRICULAR	K05	SANGRESANGUINEA PRESION ALTA SIN HIPERTENS
H86	SORDERA COMPLETAPARCIAL HIPOCACUSIA	K24	MIEDO DE PADEC CARDIACO ATAQUE	K73	TRANSPORCION DE LOS GRANDES VASOS	K78	FLUTTER VENTRICULAR	K05	SANGRESANGUINEA PRESION ELEVADA
H86	SORDERA COMPLPARC DE CONDUCCION HIPOCACUSIA	K25	MIEDO DE PADEC HIPERTENSION	K73	VENTRICULO DEFECTO SEPTAL	K78	FLUTTER VENTRICULAR	K05	TA ELEVADA SIN HIPERTENSION
H86	SORDERA COMPLPARC DE TRANSMISION HIPOCACUSIA	K27	MIEDO DE PADEC CARDIACO ENFERMEDAD	K74	ANGINA DE PECHO	K78	FLUTTER VENTRICULAR	K05	ESPECIAL HIPERTENSION BENIGNA
H86	SORDERA COMPLPARC MITA	K27	MIEDO DE PADEC ENFERMEDAD CIRCULATORIA	K74	ANGINOSO DOLOR	K78	FLUTTER VENTRICULAR	K05	HIPERTEN HIPERTENSIVO
H86	SORDOMUDEZ	K27	MIEDO DE PADEC HEMORRÓIDES	K74	CARDIOPATIA ISQUEMICA-ANGINA	K79	FLUTTER VENTRICULAR	K05	HIPERTEN HIPERTENSIVO ESENCIAL BENIGNA
H89	BAROTRAUMA ACUSTICO	K27	MIEDO DE PADEC ICTUS APOPLEJIA	K74	CARDIOPATIA ISQUEMICA CON ANGINA	K79	FLUTTER VENTRICULAR	K05	ECOTOPICO LATIDO
H89	ENFERMEDAD MASTOIDES NC	K27	MIEDO DE PADEC VEHAS VASCOSAS	K74	CARDIOPATIA ISQUEMICA CON ANGINA	K79	FLUTTER VENTRICULAR	K05	
H89	ENFERMEDAD OIDO NC	K29	INCAPACIDAD MINUSU NC TRACTO CIRCULATORIO	K74	ENFERMEDAD CARDIACA ISQUEMICA SUBAGUDA NC	K79	FLUTTER VENTRICULAR	K05	
H90	CORAZON DOLOR EN EL	K29	ALTERACION CORAZON NC	K75	NESTABLE ANGINA	K79	FLUTTER VENTRICULAR	K05	
H90	CORAZON DOLOR EN EL	K29	ALTERACION CORAZON NC	K75	NESTABLE ANGINA	K79	FLUTTER VENTRICULAR	K05	
K01	DOLOR CARDIACO NC	K29	CIRCULACION MALA	K75	CARDIOPATIA ISQUEMICA INFARTO	K80	ECOTOPICO LATIDO	K06	

ANEXOS

K06	HIPERTEN HIPERTENSIVO NO COMPLICADA	K02	CEREBROVASCULAR ENFERMEDAD	K09	GRANULOMATOSIS DE WEGENER	L11	DOLOR MUÑECA MUSCULO ESQUELETTIC NC	L18	CONTRACTURA MUSCULAR NC
K06	HIPERTEN HIPERTENSIVO SECUNDARIA BENIGNA	K02	CLAUDICACION INTERMITENTE	K09	LESION APARATO CIRCULATORIO NC	L11	DOLOR MUÑECA MUSCULO ESQUELETTIC NC	L18	DOLOR MUSCULAR NC
K06	HTA NO COMPL	K02	EMBOLISMO ARTERIAL	K09	INFEMERIA	L11	DOLOR MUÑECA NC	L18	DOLOR MUSCULO MULTIPLE NC
K06	HTA NO COMPL	K02	EMBOLISMO ARTERIAL PRECEREBRAL	K09	NEVUS ARANA VASCULAR	L11	DOLOR MUÑECA NC	L18	DOLOR MUSCULO NC
K06	LABIL HIPERTENSION	K02	ENFERMEDAD BUERGER DE NC	K09	PANARTEITIS NODOSA	L11	SINTOMA QUEJIA SIGNO CARPO NC	L18	ESPASMO MUSCULAR NC
K06	SECUNDARIA HIPERTENSION BGNA	K02	ENFERMEDAD DE TAKAYASU	K09	POBRE CIRCULACION	L11	SINTOMA QUEJIA SIGNO MUÑECA NC	L18	ESPASMO MUSCULAR NC MULTIPLE
K07	ATEROSCLEROSIS RENAL SECUNDARIA A HIPERT	K02	ENFERMEDAD PERIFERICA VASCULAR NC	K09	POLIAETERITIS NODOSA	L11	SINTOMA QUEJIA SIGNO MUÑECA NC	L18	FASCIITIS YEASE REGION ESPECIFICA NC
K07	HIPERTEN HIPERTENSIVO AFFECT DE ORGA DMANA EXC RETINA	K02	ENFERMEDAD RAYNAUD DE NC	K09	POTMASTECTOMIA SIND DE INFEMERIA	L11	DOLOR MUÑECA MUSCULO ESQUELETTIC NC	L18	FIBROSITIS NC
K07	HIPERTEN HIPERTENSIVO SECUN A HIPERTENSION	K02	ESTENOSIS ARTERIAS PRECEREBRA	K09	PURPURA DE SCHOENLEHNNHOCH	L11	DOLOR MUÑECA NC	L18	GRANULOMA CUERPO EXTRAÑO
K07	SUBCLANA HIPERTENSIVO CON HIPERT DEL VENTR IZQUIERDO	K02	LIVIDO RETICULAR	K09	SIOROMIE UNIFEMERA POSTMASTECTOMIA	L11	SINTOMA QUEJIA SIGNO MUÑECA NC	L18	GRANULOMA CUERPO EXTRAÑO
K07	HIPERTEN HIPERTENSIVO CON HIPERT DEL VENTR IZQUIERDO	K02	OCCLUSION ARTERIAL	K09	SINDROME POSTMASTECTOMIA UNIF	L11	CALAMBRE MANO	L18	MALGIA NC
K07	HIPERTEN HIPERTENSIVO MALIGNA	K02	OCCLUSION ARTERIAL PRECEREBRAL	K09	VARICES ESCAGIICAS	L12	DOLOR DE DEDOS MANO MUSCULO ESQUELETTIC NC	L18	MOSITIS NC
K07	HIPERTEN HIPERTENSIVO NEFROPATIA	K02	SINDROME RAYNAUD	K09	VARICES NC EXCEPTO EXTREMIADIES INFERIORES	L12	DOLOR DE DEDOS MANO MUSCULO ESQUELETTIC NC	L18	REUMATISMO NO ARTICULAR NC
K07	HIPERTEN HIPERTENSIVO RENAL POR ENFERM	K02	THROMBOANGITIS OBLITERANTE	K09	VARICOCELE	L12	DOLOR MANO MUSCULO ESQUELETTIC NC	L18	GRANULOMA CUERPO EXTRAÑO
K07	HTA COMPL	K02	THROMBOSIS ARTERIAL	K09	VARICOSAS VENAS ESCROTALES	L12	DOLOR MANO NC	L19	CONTRACTURA DE DUPUYTREN
K07	MALIGNA HIPERTENSION	K02	THROMBOSIS OCCLUSION ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA	K09	VARICOSAS VENAS ESCROTALES	L12	SINTOMA QUEJIA SIGNO DEDOS MANOS NC	L19	EMACIACION MUSCULAR
K07	NEFROSCLEROSIS SECUN A HIPERTENSION	K02	THROMBOSIS PRECEREBRAL ARTER	K09	VARICOSAS VENAS ESPECIFICAS ZONA NC	L12	SINTOMA QUEJIA SIGNO MANO NC	L19	ENFERMEDAD DUPUYTREN
K08	BAJA PRESION ARTERIAL	K03	EMBOLISMO ARTERIAL PULMONAR	K09	VASCULITE DE CHURGSTRAUSS	L13	CADERA LAVA NEONATAL	L19	ENTUMECIMIENTO MUSCULO
K08	HIPOTENSION POSTURAL	K03	INFARTO PULMONAR EMBOLISM	K09	VASCULITE DE WEGENER	L13	CHASQUIDO DE CADERA NEONATAL	L19	INFLAMACION MUSCULAR NC
K08	POSTURAL HIPOTENSION	K03	THROMBOEMBOLISMO PULMONAR	K09	ARANA VASCULAR	L13	CLIC DE CADERA NEONATAL	L19	MIOFIBROSIS
K08	SANGRESANGUNIA PRESION BAJA	K03	THROMBOSIS PULMONAR EMBOLIA	K09	ARANA VASCULAR	L13	COXALGIA	L19	RETIRACCION PALMAR DUPUYTREN
K09	ATAQUE DEMAYO IZQUIERDO TRANSITORIO	K04	FLEBITIS	K09	NEVUS ARANA VASCULAR	L13	DOLOR CADERA MUSCULO ESQUELETTIC NC	L19	SINTOMA QUEJIA SIGNO MUSCULOS NC
K09	ICTUS TRANSITORIO	K04	INFLAMACION VENA NC	K09	NEVUS ARANA VASCULAR	L13	DOLOR CADERA NC	L20	ARTICULAR INFLAMACION MULTIPLE
K09	ISQUEMIA CEREB TRANS O INTER	K04	THROMBOFLEBITIS	L01	CERVIKALGIA	L13	SINOVITIS TRANSITORIA DE CADERA	L20	ARTRALGIA
K09	SINDROME BASILAR ARTERIA	K04	THROMBOSIS PORTAL	L01	CONTRACTURA CERVICAL	L13	SINTOMA QUEJIA SIGNO CADERA NC	L20	DEBIL DEBILID GRUZA ARTICULAR
K09	SINDROME ROBO DE LA SUBCLANA	K04	THROMBOSIS VENA CENTRAL DE LA RETINA	L01	DOLOR QUELLO MUSCULO ESQUELETTIC NC	L14	CALAMBRE MUSLO	L20	DOLOR ARTICULACION MULTIPLE NC
K09	SINDROME VERTIBRAL ARTERIA	K04	THROMBOSIS VENA PROFUNDA	L01	DOLOR QUELLO NC	L14	CALAMBRE PANTORILLA	L20	DOLOR ARTICULACION NC
K09	SUBCLANA SIND DEL ROBO DE LA	K04	THROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL	L01	SINTOMA QUEJIA SIGNO QUELLO NC	L14	CALAMBRE PIERNA	L20	ENTUMECIMIENTO ARTICULACIONES
K09	TRANSITORIO ATAQUE IZQUIERDO ATT	K04	VARICOPLEBITIS	L01	TORTICOLIS	L14	DOLOR MUSLO MUSCULO ESQUELETTIC NC	L20	INFLAMACION ARTICULACIONES MULTIP NC
K09	VERTEROBASILAR INSUF	K05	INSUFICIENCIA VENOSA CRONICO	L02	COCIGODINIA DOLOR COCIX	L14	DOLOR MUSLO NC	L20	POLIARTRALGIA
K00	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR NC	K05	SINDROME VARICOSO	L02	CONTRACTURA DORSAL	L14	DOLOR PIERNA MUSCULO ESQUELETTIC NC	L20	POLIARTRITIS
K00	CEREBROVASCULAR ACCIDENTE	K05	VARICES EXTREMIADIES INFERIORES	L02	DOLOR ESPALDA MUSCULO ESQUELETTIC DIF LUMBAR NC	L14	DOLOR PIERNA NC	L20	SINTOMA QUEJIA SIGNO ARTICULACIONES MULT NC
K00	CONVULSIONES POR APOLEJA	K05	VARICORRAGIA	L02	DOLOR ESPALDA NO LUMBAR NC	L14	SINTOMA QUEJIA SIGNO MUSLO NC	L26	MIEDO DE PADEC CANCER NC DE APARATO LOCOMOTOR
K00	CRISIS CONVULSIONES APOPLEJA	K05	VARICOSAS VENAS EXTREMIDAD INFERIOR	L02	DORSALGIA	L14	SINTOMA QUEJIA SIGNO PIERNA NC	L27	MIEDO DE PADEC ENFERMEDAD DEL APARATO LOCOM
K00	EFFECTO TARDIO CEREBROVASCULARES	K05	VARICOSAS VENAS EXTREMIDAD INFERIOR CON INFLAMACION	L02	SINTOMA QUEJIA SIGNO ESPALDA NC	L15	DOLOR RODILLA MUSCULO ESQUELETTIC NC	L28	DISCUL ANDAR
K00	EMBOLISMO ARTERIAL CEREBRAL ICTUS	K06	HEMORROIDES	L03	DOLOR ESPALDA LUMBAR SIN IRRADIACION	L15	DOLOR RODILLA NC	L28	INCAPACIDAD ANDAR
K00	EPIDURAL HEMORRAGIA	K06	HEMORROIDES THROMBOSIS EXTERNA DE	L03	DOLOR LUMBAR NC	L15	GONALGIA	L28	INCAPACIDAD MINUSV NC APARATO LOCOMOTOR
K00	HEMORRIA SANGR NC CEREBRALICTUS	K06	PERIARAL HEMATOMA	L03	LUMBAGO	L15	SINTOMA QUEJIA SIGNO RODILLA NC	L28	INMOVILIZADO INCAPACIDAD ANDAR
K00	HEMORRIA SANGR NC EPIDURAL	K06	RESIDUALES LESIO CUT POR HEMORROIDES	L03	LUMBALGIA SIN IRRADIACION	L16	DOLOR TOBILLO MUSCULO ESQUELETTIC NC	L28	PROBLEMA DEAMBULACION NC
K00	HEMORRIA SANGR NC INTRACRANEA	K06	THROMBOSIS HEMORROIDES EXTERNOS	L04	SINTOMA QUEJIA SIGNO ESPALDA BAJA SIN IRRADIACION NC	L16	DOLOR TOBILLO NC	L28	TROFEZAR PROBL LOCOM
K00	HEMORRIA SANGR NC MENINGEA	K06	VARICOSAS VENAS ANALES	L04	DOLOR TORACICO MUSCULO ESQUELETTIC NC	L16	INFLAMACION TOBILLO TRAUMATICA NC	L29	ANORMAL MARCHA LOCOMOTOR
K00	HEMORRIA SANGR NC SUBARACNOIDEA	K09	ANEURISMA AORTICO	L04	DOLOR TORAX MUSCULOHUESOS NC	L16	SINTOMA QUEJIA SIGNO TOBILLO NC	L29	ANORMALIDAD MARCHA LOCOMOTOR
K00	HEMORRIA SANGR NC SUBDURAL	K09	ANEURISMA ARTERIAL NC	L04	SINTOMA QUEJIA SIGNO TORAX NC	L17	CALAMBRE PIE	L29	ARTICULAR INFLAMACION UNICA
K00	INFARTO CEREBRAL	K09	ANEURISMA DISCANTE	L04	ULCERA ULCERACION TORAX	L17	DOLOR DEDOS PIE MUSCULO ESQUELETTIC NC	L29	DOLOR MUÑO NC
K00	OCCLUSION ARTERIAL CEREBRAL ICTUS	K09	AORTICO ANEURISMA	L05	DOLOR FLANCO NC	L17	DOLOR DEDOS PIE NC	L29	DOLOR MIEMBRO MUSCULO ESQUELETTIC NC
K00	PARALISIS POSTATQUE CEREBRAL POSTICTAL	K09	ARANA VASCULAR	L05	SINTOMA QUEJIA SIGNO FLANCO NC	L17	DOLOR PIE MUSCULO ESQUELETTIC NC	L29	DOLOR MIEMBRO NC
K00	RUPTURA INTRACRANEA VASO	K09	ARTERITIS DE CELULAS GIGANTES	L06	SINTOMA QUEJIA SIGNO AXILA LOCOMOTOR NC	L17	DOLOR PIE NC	L29	DOLOR MIEMBROS CRECIMIENTO
K00	RUPTURA VASO SANGUIN CEREB	K09	ARTERITIS TEMPORAL ENF DE HORTON	L07	DOLOR MANDIBULA NC	L17	MEFATARSALGIA	L29	DOLOR MUÑO NC
K00	SUBDURAL HEMORRAGIA	K09	ELEFANTIASIS NO FILARIASIS	L07	SINTOMA QUEJIA SIGNO MANDIBULA NC	L17	MOSITIS OFESCANTE LOCALIZADA	L29	MONOARTRITIS
K00	THROMBOSIS CEREBRAL ICTUS	K09	ENFERMEDAD APARATO CIRCULAT NC	L08	DOLOR HOMBRO NC	L17	SINTOMA QUEJIA SIGNO DEDOS PIES NC	L29	PROBLEMA ANDAR LOCOMODION NC
K00	ROTURA INTRACRANEA VASO	K09	ENFERMEDAD APARATO CIRCULAT NC	L08	SINTOMA QUEJIA SIGNO HOMBRO NC	L17	SINTOMA QUEJIA SIGNO PIE NC	L29	SINTOMA QUEJIA SIGNO LOCOMOTOR NC
K00	ROTURA VASO SANGUIN CEREB	K09	ENFERMEDAD ARTERIAS NC	L09	BRAQUIALGIA	L17	SINTOMA QUEJIA SIGNO TAFESO NC	L29	DOLOR MUÑO NC
K01	ATEROSCLEROSIS EXC CERPULENCOR	K09	ENFERMEDAD ARTERIOLAS NC	L09	DOLOR BRAZO MUSCULO ESQUELETTIC NC	L17	TALALGIA	L29	DOLOR MUÑO NC
K02	ACROCIANOSIS	K09	ENFERMEDAD CAPILARES NC	L09	DOLOR BRAZO NC	L18	ALTERACION FASCIA	L70	ABSCESO ARTICULAR
K02	ANEURISMA CEREBRAL INTACTO	K09	GANGRENA	L10	SINTOMA QUEJIA SIGNO BRAZO NC	L18	ALTERACION LIGAMIENTOS	L70	ABSCESO OSEO
K02	ATEROSCLEROSIS CEREBRAL	K09	GIGANTES ARTERITIS DE CELULAS	L10	DOLOR CODO NC	L18	ALTERACION MUSCULAR NC	L70	ARTRITIS INFECCIOSA
K02	CEREBRAL ANEURISMA INTACTO	K09	GRANULOMATOSIS DE CHURGSTRAUSS	L10	SINTOMA QUEJIA SIGNO CODO NC	L18	CALAMBRE MUSCULAR NC YEASE UNIT POR REGIONES	L70	BORNHOLM ENF DE

ANEXOS

L70	ENF INVASIVA H INFL. ARTRITIS	L74	FRACTURA FALANXES DE MANO	L80	LUXACION ARTICULAC CADEIRA	L83	SINDROME DISCAL CERVICAL	L91	OSTEOARTROSIS
L70	ENFERMEDAD BORNHOLM DE NC	L74	FRACTURA FALANXES DE PIE	L80	LUXACION ARTICULAC CODO	L84	ARTROSIS CERVICAL	L91	OSTEOARTROSIS ARTICULAR
L70	INFECCION MIGRITIS	L74	FRACTURA MALEOLAR	L80	LUXACION ARTICULAC DEDO	L84	ARTROSISARTROSIS DEFORMANTE COLUMNA	L91	OSTEOARTROSIS CODO
L70	INFECCION APARATO LOCOMOTOR NC	L74	FRACTURA MANO	L80	LUXACION ARTICULAC HOMBRO	L84	ARTROSISARTROSIS DEGENERATIVA COLUMNA	L91	OSTEOARTROSIS MANO
L70	INFECCION OSEA INESPECIFICA NC	L74	FRACTURA METACARPO	L80	LUXACION ARTICULAC MANDIBULA	L84	CERVICARTROSIS	L91	OSTEOARTROSIS MUJECA
L70	MORISTE EPIDERMICA NC	L74	FRACTURA METATARSO	L80	LUXACION ARTICULAC MUJECA	L84	EPONILLOSIS CERVICAL CON MIELOPATIA	L91	OSTEOARTROSIS TOBILLO
L70	MORISTE INFECCION NC	L74	FRACTURA PIE	L80	LUXACION ARTICULAC MUJECA	L84	EPONILLOSIS	L91	PEZARTROSIS
L70	OSTIOTIS PROGENA	L74	FRACTURA TARSO	L80	LUXACION ARTICULAC PIE	L84	EPONILLOSIS CERVICAL	L91	ARTROSIS DE MUJECA
L70	OSTIOMIELITIS	L74	FRACTURALUXACION DE BENNETT	L80	LUXACION ARTICULAC RODILLA	L84	EPONILLOSIS TORACICA SIN MIELOPATIA	L91	ARTROSIS DE MUJECA
L70	OSTIOMIELITIS AGUDA	L75	FRACTURA CADEIRA NC	L80	LUXACION ARTICULAC RODILLA COMPLETA	L84	LUXACION ARTICULAC CODO	L91	OSTEOARTROSIS MUJECA
L70	OSTIOMIELITIS CRONICA	L75	FRACTURA CUELLO FEMORAL	L80	LUXACION ARTICULAC RODILLA SIMPLE	L84	OSTEOARTROSIS	L91	OSTEOARTROSIS MUJECA
L70	OSTIOMIELITIS INESPECIFICA	L75	FRACTURA DIFRISIS FEMORAL	L80	LUXACION ARTICULAC ROTULA	L84	OSTEOARTROSIS COLUMNA	L92	BURSITIS HOMBRO
L70	PEROSTIO INFECCION PEROSTITIS	L75	FRACTURA FEMUR	L80	LUXACION ARTICULAC ROTULA COMPLETA	L84	OFOSIS OFECCULOSIS	L92	CAPSULITIS ADHERENTE HOMBRO
L70	ENF INVASIVA H INFL. ARTRITIS EDO	L76	FRACTURA BASE DE CRANEO	L80	LUXACION ARTICULAC ROTULA SIMPLE	L85	CURVATURA DE LA COLUMNA ACQUIRIDA	L92	CONGELADO HOMBRO
L71	CONDROMA	L76	FRACTURA CARA HUESOS DE LA	L80	LUXACION ARTICULAC TOBILLO	L85	DEFORM MUSCULOSO DE LA COLUMNA ACQUIRIDA	L92	FIBROSITIS HOMBRO NC
L71	CONDROSARCOMA	L76	FRACTURA CLAVICULA	L80	LUXACION SUBASTAGALINA	L85	ESCOLIOSIS ACQUIRIDA	L92	HOMBRO DOLOROSO
L71	HEMANGIOMA OSEO	L76	FRACTURA COLUMNA CERVICAL	L80	LUXACION TIBIOASTAGALINA	L85	LORDOSIS	L92	PERIARTROSIS ESCAPULOHUMERAL
L71	NEOPLASIA BENIGNA HUESO	L76	FRACTURA COLUMNA DORSALLUMBAR	L80	PROXIMACION DOLOROSA	L86	ALTERACION DISCO INTERVERTEBRAL DORSALLUMBAR ADO	L92	REUMATISMO NO ARTICULAR NC HOMBRO
L71	NEOPLASIA BENIGNA LIGAMENTOS	L76	FRACTURA COSTILLAS	L80	SUBLUXACION DE CABEZA RADIAL	L86	CATICA	L92	ROTADORES SINDROME DEL MANGUITO DE LOS
L71	NEOPLASIA BENIGNA MUSCULO	L76	FRACTURA CRANEO	L80	LUXACION ARTICULAC MUJECA	L86	DEGENERACION DISCAL DORSALLUMBAR	L92	SINDROME HOMBRO
L71	NEOPLASIA BENIGNA SIST LOCOM CU PARTE	L76	FRACTURA DE ESCAPULA	L80	AMPUTACION TRAUMATICA MIEMBRO	L86	DEGENERACION DISCAL INTERVERTEBRAL EXC CERVICAL	L92	SINDROME MANGUITO DE LOS ROTADORES
L71	NEOPLASIA BENIGNA TEJIDOS BLANDOS	L76	FRACTURA DE ESTERNON	L81	FRACTURA POR MICROTRAUMATISMO NC	L86	DESPLAZAMIENTO DISCO INTERV LUMBAR	L92	SINOVITIS HOMBRO
L71	NEOPLASIA BENIGNA TEJIDOS CONJUNTIVO	L76	FRACTURA DE HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ	L81	LESION SISTEMA LOCOMOTOR NC	L86	DOLOR ESPALMA CON SINT DE IRRADI NC	L92	TENDINITIS DEL SUPRASPINOZO
L71	NEOPLASIA BENIGNA TENDON	L76	FRACTURA DE MANDIBULA	L82	ANTEVERSION FEMORAL	L86	HERNIA NUCLEO PULPOSO NC	L92	TENDINITIS HOMBRO
L71	NEOPLASIA MALIGNA HUESO	L76	FRACTURA DEL PEÑASCO	L82	OFOSIS OFECCULOSIS CONSENTITA	L86	LUMBALGIA CON IRRASISNT IRRITAT	L93	EPICONDILITIS
L71	NEOPLASIA MALIGNA LIGAMENTOS	L76	FRACTURA HUESOS DE LA CARA	L82	COJERA CONG VEASE SINT POR REGIONES	L86	LUMBROCATICA	L93	EPITROCLEITIS
L71	NEOPLASIA MALIGNA MUSCULO	L76	FRACTURA HUMERO	L82	CONSENTITA ANOM HUESO	L86	LUXACION DISCO LUMBAR	L93	TENDINITIS CODO
L71	NEOPLASIA MALIGNA SISTEMA LOCOMOTOR CU PARTE	L76	FRACTURA OTRAS SIN ESPECIF REG	L82	CONSENTITA ANOM SISTEMA LOCOMOTOR	L86	NEURITIS LUMBOSACRA NC	L93	TENISTA CODO DEL
L71	NEOPLASIA MALIGNA TEJIDO CONJUNTIVO	L76	FRACTURA PELVICA	L82	CURVATURA DE LA COLUMNA CONSENTITA	L86	NEURITIS TORACICA NC	L94	DESPLAZMIENTO ENF DE
L71	NEOPLASIA MALIGNA TEJIDOS BLANDOS	L76	FRACTURA POTT DE COLUMNA	L82	DEFORMA MUSCULOSO DE LA COLUMNA CONSENTITA	L86	PROLAPSO DISCO LUMBAR	L94	CALVERPHERTE ENF FEMORAL
L71	NEOPLASIA MALIGNA TENDON	L76	FRACTURA REBORDE ORBITARIO	L82	DEFORMIDAD CRANIAL CONSENTITA	L86	PROLUSION DISCAL LUMBAR	L94	ENF OSSOOSCHLATTER OSTEOCONDROSIS TUBEROSIDAD TIBIAL
L71	OSTEOASTOMA	L76	FRACTURA ROTULA	L82	DEPLASIA CONSENTITA DE CADEIRA	L86	SINDROME DISCAL LUMBAR	L94	ENFERMEDAD CALVERPHERTE OSTEOCONDROSIS DE CADEIRA
L71	OSTEOCONDROMA	L76	FRACTURA SUPRACONDILEA HUMERO	L82	ENFERMEDAD LUANTE DE CADEIRA	L86	SINDROME DISCAL SACROLALICO	L94	ENFERMEDAD SCHUELMANN OFOSIS DORSAL JUVENIL
L71	OSTEOMA OSTEOIDE	L76	FRACTURA VERTEBRAL COLUMNA CON O SIN AFEC MEDU	L82	ESCOLIOSIS CONSENTITA	L86	SINDROME DISCAL TORACICO	L94	EPISPICULSIS FEMORAL
L71	OSTEOSARCOMA	L76	LESION CABEZA CONJOINT FRACTURA NC	L82	GENU VALGUM CONGEN	L87	GANGLION ART O TEND	L94	EPISPITIS
L71	OSTEO SQUATARIO	L76	LESION SISTEMA LOCOMOTOR FRACTURA NC	L82	GENU VALGUM CONGENITO	L87	QUISTE DE BACKER	L94	LUXACION EPISPIS FEMORAL
L71	SARCOMA DE EWING	L76	FRACTURA DEL PEÑASCO	L82	LORDOSIS CONSENTITA	L87	QUISTE SINOVIAL	L94	OSTEOCONDROSIS DEFORMANTE JUVENIL ENF CALVERPHERTES
L72	COLLES FRACTURA DE	L76	FRACTURA DEL PEÑASCO	L82	LUXACION CONSENTITA DE CADEIRA	L88	ARTROSIS CRONICA JUVENIL	L94	OSTEOCONDROSIS DISCANTE
L72	FRACTURA COLLES DE	L77	FRACTURA ROTULA	L82	AL TERACION DISCO INTERVERTEBRAL CERVICAL ADO	L88	ARTROSIS REUMATOIDE	L94	OSTEOCONDROSIS ENF DE SCHLATTER OSSOOSCHLATTER
L72	FRACTURA CUERTO	L77	DISTENSION ESQUINCE NC TOBILLOS	L82	METATARSO ADUCTO	L88	ARTROSISARTROSIS INFLAMATORIA ARTRITIS REUMATOIDE	L94	OSTEOCONDROSIS ENF DE SCHLATTER OSSOOSCHLATTER
L72	FRACTURA DE CUERTO Y RADIO	L78	DISTENSION ESQUINCE NC TOBILLOS	L82	PECTUS CARINATUM	L88	ARTROSISARTROSIS INFLAMATORIA ARTRITIS REUMATOIDE	L94	OSTEOCONDROSIS DE CADEIRA
L72	FRACTURA DE TIBIA Y PERONE	L78	DISTENSION ESQUINCE NC	L82	PECTUS EXCAVATUM	L88	BECHTEREW ENF DE	L94	OSTEOCONDROSIS DEFORMANTE JUVENIL ENF CALVERPHERTES
L72	FRACTURA METAFRIS RADIO	L78	DISTENSION ESQUINCE NC CADEIRA	L82	PIE TORCIDO CONGENTO	L88	ENFERMEDAD BECHTEREW DE NC	L94	OSTEOCONDROSIS DISCANTE
L72	FRACTURA RADIO	L78	DISTENSION ESQUINCE NC CODO	L82	PIE VARGO	L88	ENFERMEDAD DE STILL	L94	OSTEOCONDROSIS ENF DE SCHLATTER OSSOOSCHLATTER
L72	FRACTURALUXACION DE GALEZZI	L78	DISTENSION ESQUINCE NC CODO PERMANO	L82	PIE ZAMBRO CONGENTO	L88	EPONILITIS ANQUILOSANTE	L94	PERITIS ENF DE CALVE
L72	FRACTURALUXACION DE MONTEGGIA	L78	DISTENSION ESQUINCE NC CODO PERMANO	L82	TORSION TIBIAL	L88	SACROILETIS	L94	SCHUELMANN ENF DE
L73	FRACTURA DE TIBIA Y PERONE	L79	DISTENSION ESQUINCE NC ESPALDA	L82	TORTICOLIS CONSENTITA	L89	OSTEOARTROSIS CADEIRA	L95	OSTEOCONDROSIS NC
L73	FRACTURA MESETA TIBIAL	L79	DISTENSION ESQUINCE NC HOMBRO	L82	ZAMBO PIE CONGENTO	L90	OSTEOARTROSIS RODILLA	L95	OSTEOCONDROSIS POSTMIOPATICA
L73	FRACTURA PERONE	L79	DISTENSION ESQUINCE NC MUJECA	L82	COJERA CONG VEASE SINT POR REGIONES	L91	ARTROSIS CODO	L95	OSTEOCONDROSIS SENIL
L73	FRACTURA TIBIA	L79	DISTENSION ESQUINCE NC MUJECA	L82	GENU VALGUM CONGENTO	L91	ARTROSIS DE MANO	L95	INESTABI DE LA ROD INT AGUDA
L73	FRACTURA TOBILLO	L79	DISTENSION ESQUINCE NC PIE	L83	AL TERACION DISCO INTERVERTEBRAL CERVICAL ADO	L91	ARTROSIS DE MUJECA	L95	LESION DE MENISCO EXTERNO DE RODILLA
L74	FRACTURA BIALEOLAR	L79	LESION LANTAZO CUELLO NC	L83	DEGENERACION DISCAL CERVICAL	L91	ARTROSIS DE TOBILLO	L95	LESION DE MENISCO INTERNO DE RODILLA
L74	FRACTURA CARPO	L79	LESION SISTEMA LOCOMOTOR ESQUINCEDISTENSION NC	L83	DESPLAZAMIENTO DISCO INTERV CERVIC	L91	ARTROSIS THACPEDEMETACARPINA	L95	LESION MENSCO RODILLA AGUDA NC
L74	FRACTURA DE ASTRAGALO	L79	DISTENSION ESQUINCE NC MUJECA	L83	HERNIA DISCO CERVICAL	L91	ARTROSISARTROSIS DEFORMANTE	L95	LESION MENSCO RODILLA LATERAL NC
L74	FRACTURA DE CALCANEIO	L80	LESION SISTEMA LOCOMOTOR DISLOCACION LUXACI NC	L83	LUXACION DISCO CERVICAL	L91	ARTROSISARTROSIS DEGENERATIVA	L95	LESION MENSCO RODILLA MEDIAL NC
L74	FRACTURA DE ESCAFODES	L80	LUXACION ACROMIOLAVICULAR	L83	RADICULAR SINDROME EN MIEMBROS SUPERIORES	L91	NOULLOS DE BUCHWARD	L95	LESION RODILLA INTERNA AGUDA NC
L74	FRACTURA DE MARCHIA PIE	L80	LUXACION ARTICULAC	L83	SINDROME CERVICOCORRAQUIAL	L91	NOULLOS DE HEBERDEN	L95	LESION RODILLA INTERNA LATERAL NC
L74		L80		L83	SINDROME CERVICOCORRAQUIAL	L91	OSTEOARTROSIS NC	L95	LESION RODILLA INTERNA MEDIAL NC

ANEXOS

L96	LUXACION RODILLA INT AGUDA	L96	ESCLEROPIERIA PROGR	N04	SINDROME PERNAS INQUIETAS ACUTIA	N18	PARIESIS NC	N71	MENINGITIS POR ENTEROVIRUS NC EDO
L97	CONDROMALACIA ROTULIANA	L96	ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVA	N05	QUEMADON SENSACION EXTREMID	N18	PARIESIS PERNAPPE	N71	MENINGOCOCIA EDO
L97	INESTABIL DE LA ROD INT CRONICA	L96	ESPOLON CALCANEO	N05	QUEMADON SENSACION EXTREMID	N18	PERDIDA MOVILIDAD	N71	VIRAL MENINGITIS POR ENTEROV EDO
L97	LESION MENISCO RODILLA CRONICA NC	L96	ESPOLON OSEO	N06	ANESTESIA/PARESTESIA	N19	AFASIA	N72	TETANOS
L97	LESION RODILLA INTERNA CRONICA NC	L96	FIBROMALGIA	N06	ANORMALIDAD MOVIMIENTOS INVOLUN	N19	ALTERACION LENGUAJE NEUROLOG	N72	TETANOS NEONATAL
L97	LUXACION ARTICULAC MENISCO CRONICA	L96	FIBROMALGIA SINDROME	N06	ANORMALIDAD MOVIMIENTOS INVOLUN	N19	ARTICULAR MAL LAS PALABRAS	N72	TETANOS EDO
L97	LUXACION RODILLA INT CRONICA	L96	FRACTURA MALA UNION DE	N06	ANORMALIDAD SENSACIONES NC NO CLASIFICADAS	N19	DISGRAFIA	N72	TETANOS NEONATAL EDO
L98	DEDO EN MARTILLO PEQUENO	L96	FRACTURA PATOLOGICA NC	N06	ENTUMECIMIENTO	N19	DISFASIA	N73	ABSCESO INTRACRANEAL
L98	DEFORM MUSCULOSEO NC ADOLESCIDA	L96	GATILLO DEDO EN	N06	ESPASMO	N19	DISALTERTER LENGUAJE	N73	EFECTO TARDIO INFECCIONES SNC
L98	GENU VALGUM CONGEN ADQUIRIDO	L96	COMARTROSIS	N06	FASCICULACIONES	N19	INCAPACIDAD HABLAR	N73	ENFERMEDAD JACOBCHREUTZFELDT
L98	GENU VARUM ADQUIRIDO	L96	HEMATROSIS	N06	HORMIGUEO EXTREMIDA	N19	LENGUAJE ALTERACIONES DEL	N73	FLEBITIS INTRACRANEAL INFECC
L98	GENUALGO	L96	HEDROMA	N06	INCREMENTO SENSIBILIDAD	N19	PERDIDA LENGUAJE	N73	FLEBITIS SENO VENOSO INFECC
L98	GENUARO	L96	HIPEROSTOSIS VERTEBRAL ANQUILOSANTE	N06	INESTABILIDAD SENSAC DE	N19	SILABAS PERDER AL HABLAR	N73	PANENCEFALITIS ESCLEROSANTE SUBAGUDA
L98	HALLUX RIBIDUS	L96	LUPUS EREMATOSO SISTEMICO	N06	PARESTESIA	N06	MIEDO DE PASEO CANCER NC DE SISTEMA NERVIOSO	N73	TARDIOS EFECTOS ENF INFECCIO DEL SNC
L98	HALLUX VALGUS	L96	LUXACION ARTICULAR RECURRENTE	N06	PERDIDA SENSIBILIDAD	N06	MIEDO DE PASEO ENFERMEDAD NEUROLOGICA	N73	EFECTO TARDIO INFECCIONES SNC EDO SI IETH
L98	JUINETE	L96	NECROSIS ASPTICA CABEZA FEMORAL	N06	SACUDIDAMOVIMIENT MANOSPIRES	N27	INCAPACIDAD MINUSV NC SISTEMA NERVIOSO	N73	ENFERMEDAD JACOBCHREUTZFELDT EDO
L98	MARTILLO DEDO EN	L96	OSTEITIS	N06	SENSACION DE INESTABILIDAD	N29	ANORMAL MARCHA NEUROLOGICA	N73	TARDIOS EFECTOS ENF INFECCIO DEL SNC EDO SI IETH
L98	PIE CAVO	L96	OSTEITIS DEFORMANTE	N06	TEMBLOR	N29	ANORMALIDAD MARCHA NEUROLOGICA	N74	NEOPLASIA MALIGNA CEREBRO CUALO PARTE
L98	PIE PLANO ADQUIRIDO	L96	OSTEOARTROPATIA HIPERTROFICA	N06	TIC ORIGEN ORGANICO	N29	APRAXIA	N74	NEOPLASIA MALIGNA DE CEREBELO
L98	PIE ZAMBO ADQUIRIDO	L96	OSTEONECROSIS ASEPTICA NC	N07	CONVULSIONES FEBRILES	N29	ATASIA	N74	NEOPLASIA MALIGNA MEDULA ESPINAL
L98	ABSCESO CAPSULAS VAINAS EN	L96	PAJET ENFERMEDAD DE	N07	CONVULSIONES NC	N29	DOLOR NEUROLOGICO NC	N74	NEOPLASIA MALIGNA MENINGES
L98	ABSCESO TENDINOSO	L96	PALINDROMICO RELUMAT	N07	CRISIS CONVULSIONES NO EPILEPTICAS	N29	INCOORDINACION	N74	NEOPLASIA MALIGNA NERY Y SIST NERVIOSO
L98	ACROPAQUIA	L96	POLARITROSIS	N07	CRISIS CONVULSIVA FEBRIL INFANTIL	N29	PROBLEMA ANDAR NEUROLOGICO NC	N75	MENINGIOMA
L98	ALTERACION CAPSULA ARTICULAR NC	L96	POLIMIALGIA REUMATICA	N07	CRISIS FEBRIL INFANTIL	N29	SINTOMA QUEJA SIGNO NEUROLOGICOS NC	N75	NEOPLASIA BENIGNA CEREBRO CUALO PARTE
L98	ALTERACION SINOVIAL NC	L96	POLIMIOSITIS	N07	FEBRIL CONVULSION	N29	EFECTO TARDIO POLIOIMELITIS	N75	NEOPLASIA BENIGNA MEDULA ESPINAL
L98	ALTERACION TENDINOSA NC	L96	PREPATETALAR BURSTITIS	N16	AGEUSIA	N70	LEVITO INFECC POR VIRUS	N75	NEOPLASIA BENIGNA MENINGES
L98	AQUILES TENINITIS DEL TENDON DE	L96	PREROTULIANA BURSTITIS	N16	ANORMAL GUSTO NEUROLOGICA	N70	PARALISIS FLACCIDA AGUDA 15 AÑOS	N75	NEOPLASIA BENIGNA NERVO Y SIST NERVO
L98	ARTICULACION SINOVIAL CPO LIBRE EXCEPTO RODILLA	L96	PSUEDOGOTA CONDROCALCINOSIS	N16	ANORMAL SENSACIONES NC GUSTATIVA	N70	POLIOIMELITIS	N75	NEURINOMA DEL ACUSTICO
L98	ARTROPATIA ASOCIADA A ENFERMEDAD DE REITER	L96	RECURRENTE LUXACION	N16	ANORMAL SENSACIONES NC OLFACTORIA	N70	POLIOIMELITIS EFECTOS TARDIOS	N76	NEUROFIBROMATOSIS ENF DE VON RECKLINGHAUSEN
L98	ARTROPATIA ASOCIADA A SINDROME DE BEHÄT	L96	REUMATISMO PALINDROMICO	N16	ANORMAL SENSACIONES NC OLOROSA	N70	TARDIOS EFECTOS TARDIOS	N79	CONCLUSION CONTUSION CEREBRAL
L98	ARTROSIS CADERA	L96	RODILLA DE CHADA	N16	ANORMAL SENSACIONES NC TACTIL	N70	VIRUS LENTOS INFECC POR	N79	COMACION CEREBRAL
L98	ARTROSIS COXOFEMORAL	L96	SCHORL NODULOS DE	N16	ANORMALIDAD GUSTO NEUROLOGICA	N70	PARALISIS FLACCIDA AGUDA 15 AÑOS EDO	N79	LESION CABEZA CONCOCCO NC
L98	ARTROSIS RODILLA	L96	SINDROME DE BEHÄT	N16	ANORMALIDAD SENSACIONES NC GUSTATIVA	N70	POLIOIMELITIS EDO	N79	LESION SISTEMA NERVIOSO CONCLUSIONCONTUSIO NC
L98	ARTROSISARTRITIS AGUDA NC	L96	SINDROME DE REITER	N16	ANORMALIDAD SENSACIONES NC OLFACTORIA	N71	BACTERIANA MENINGITIS	N79	TRAUMATISMO CRANEAL
L98	ARTROSISARTRITIS ALERGICA	L96	SINDROME POSTLAMINECTOMIA	N16	ANORMALIDAD SENSACIONES NC OLOROSA	N71	ENCEFALITIS	N79	TRAUMATISMO CRANEENCEFALICO
L98	ARTROSISARTRITIS NC	L96	SINDROME SJOGREN	N16	ANORMALIDAD SENSACIONES NC TACTIL	N71	ENCEFALITIS POSTVARICLA	N80	HEMORRIA SANGR NC EPIDURAL POR LESIONTRAUMA
L98	ARTROSISARTRITIS POBERNA	L96	SINDROME TETZES CONDRI COST	N16	ANGOSMA	N71	ENF INVASIVA H INFL MENINGITIS	N80	HEMORRIA SANGR NC SUBARACNOIDEA POR LESION
L98	ARTROSISARTRITIS POR CRISTAL EX GOTTA	L96	SINOVITIS	N16	GUSTO AMARGO	N71	LINFOCITICA MENINGITIS	N80	HEMORRIA SANGR NC SUBDURAL POR LESIONTRAUMAT
L98	ARTROSISARTRITIS TRAUMATICA	L96	SINTOMA QUEJA SIGNO TEJIDO CONJUNTIVO NC	N16	GUSTO PERDIDA DEL	N71	MENINGITIS BACTERIANA NC	N80	INTRACRANEAL LESION
L98	ATROPIA MUSCULAR	L96	SUGREN SINDROME DE	N16	INCAPACIDAD DEGUSTAR	N71	MENINGITIS CRIPTOCOCICA	N80	LACERACION Y CONTUSION CEREBRALES
L98	CALCANEO ENF DEL	L96	TENDINITIS NC	N16	INCAPACIDAD OLER	N71	MENINGITIS INFOCTARIA NC	N81	ESPINAL LESION DE LA MEDULA TRAUMATICA
L98	CONDROCALCINOSIS	L96	TRAUMA TRAUMATISMO LESION ARTRIOPATIA	N17	PERDIDA GUSTO	N71	MENINGITIS NC	N81	LESION NERVO NC
L98	CONDROCALCINOSIS PSEUDOGOTA	L96	ARTROPATIA ASOCIADA A SINDROME DE BEHÄT	N17	PERDIDA OLFACTO	N71	MENINGITIS POR COACHAC NC	N81	LESION SISTEMA NERVIOSO NC
L98	COSTOCONDRIITIS	L96	SINDROME SJOGREN	N17	GIRO DE OULETOS	N71	MENINGITIS POR ENTEROVIRUS NC	N81	NERVO LESION PERIFERICA
L98	COXARTROSIS	L96	SUGREN SINDROME DE	N17	MAERO VAHIDO SIN SINCOPE	N71	MENINGITIS POR ENTEROV	N81	OPTICO LESION DEL NERVO TRAU
L98	CRISTALES ARTRITIS POR EXCEPTO GOTTA	L96	CEFALEA NC	N17	ROTACION CABEZA SENSACION DE	N71	MENINGOCOCIA	N85	ANCEFALIA
L98	DERMATOMIOSITIS	N01	DOLOR CABEZA NC	N17	SENSACION CADA VERTIGO	N71	BACTERIANA MENINGITIS EDO	N85	CONGENITA ANOM SISTEMA NERVIOSO
L98	DIFUSO ENF DEL TEJIDO CONJ	N02	CEFALEA A TENESION NC	N17	SENSACION VERTIGINOSA	N71	ENCEFALITIS EDO	N85	ESPINAL BIFIDA
L98	ENFERMEDAD COLAGENO DEL	N02	TEFALIA A TENESION	N17	SENSACION VERTIGO VERTIGINOSO	N71	ENCEFALITIS POSTVARICLA EDO	N85	HIDROCEFALIA
L98	ENFERMEDAD CONJUNT DE TEJID NC	N03	ALGIA FACIAL ATIPICA	N17	VAHIDOVERTIGO	N71	ENF INVASIVA H INFL MENINGITIS EDO	N85	MICROCEFALO
L98	ENFERMEDAD DIFUSA DEL TEJ CONJUN NC	N03	DOLOR CARA NC	N18	VERTIGO	N71	LINFOCITICA MENINGITIS EDO	N86	ESCLEROSIS DISMINUADA
L98	ENFERMEDAD MUSCULO NC	N03	DOLOR CARA NC	N18	DEBIL DEBILIDAD GILZADA NEUROLOGICA PARESIA	N71	MENINGITIS BACTERIANA NC EDO	N86	ESCLEROSIS MULTIPLE
L98	ENFERMEDAD PAJET DEL HUESO NC	N03	PULZANTE SENSACION EN LA CARA	N18	PARALISIS MIEMBROS TRANSITORIA	N71	MENINGITIS INFOCTARIA NC EDO	N86	MULTIPLE ESCLEROSIS
L98	ENFERMEDAD SISTEMA LOCOMOTOR NC	N04	INTRACRANEALINDEBILIDAD SNIOR DE PERNAS INDOU	N18	PARALISIS PERNAPPE	N71	MENINGITIS MENINGOCOCICA EDO	N87	ENFERMEDAD PARKINSON DE NC
				N18	PARALISIS PERNAPPE	N71	MENINGITIS NC EDO	N87	PARALISIS AGITANTE PARKINSON
				N18	PARALISIS PERNAPPE	N71	MENINGITIS POR COACHAC NC EDO	N87	PARKINSONISMO

ANEXOS

N08	ASUSCEN COMPLEJA EPILEPSIA	N09	ESPASMO PARALISIS INFANTIL	P00	SENTIRSE TRISTE	P09	PAUCOFILIA	P16	PROBLEMA ALCOHOL AGUDO NC
N08	ASUSCEN COMPLEJA EPILEPSIA CONGENITA	N09	GULLANBARRE SIND DE	P00	SOLITARIO DEPRIM	P09	PEDOFILIA	P16	ABSTINENCIA AL TABACO
N08	CONVULSIONES EPILEPTICAS	N09	HEMIPARESIA	P00	TRISTEZA	P09	PROBLEMA HOMOSEX FEMASO NC	P17	ABUSO DE TABACO
N08	CRISIS CONVULSIONES EPILEPTICA	N09	HEMIPLEGIA	P00	AGITACION	P09	PROBLEMA LESBIANISMO NC	P17	ADICION NICOTINA
N08	EPILEPSIA CUALQUIER TIPO	N09	LEUCODISTROFIA	P00	COLERA ENFADO	P09	PROBLEMA LIBIDO PREFERENCIAS SEX NC	P17	DEPENDENCIA TABACO
N08	GRAN MAL ESTADO DE	N09	MASTEMA GRAVIS	P00	ENFADO	P09	SADISMO SEXUAL	P17	FUMAR TABACO
N08	PEQUEÑO MAL ESTADO DE	N09	MOTONIA NC	P00	IRASCIBLE TEMPERAME	P09	SEXUAL PREFERENCIA	P17	FUMAR TABACO ADICION
N08	PEQUEÑO MAL ESTADO DE	N09	MOTORA ENF DE LA NEUR	P00	IRRITABLE TEMPERAMEN	P09	TRANSEXUALISMO	P17	FUMAR TABACO PROBLEMAS POR
N08	PEQUEÑO MAL ESTADO DE	N09	MUSCULAR DISTROFIA	P00	IRRITACION IRRITABLE	P09	TRAVESTISMO	P17	INCAPACIDAD DEJAR DE FUMAR
N08	MIGRAÑA JAQUECA	N09	MIGRAÑA	P00	IRRITACION IRRITABLE PSICOLÓGICA	P09	ZOOFILIA	P18	ABUSO DE FARMACOS DEPENDIENTE
N08	MIGRAÑA CLASICA COMUN	N09	NEURALGIA NC	P00	PIABETA TEMPER IRRITAB	P10	MOVIMIENTOS REPETITIVOS ESTEREOTIPADOS	P18	ABUSO DE FARMACOS NO DEPENDIENTE
N08	MIGRAÑA HEMIATRAL	N09	NEURITIS NC	P00	SENTIRSE AGITADOR/IRITABLE	P10	TARTAMUDEO/ALBULICO	P19	ABSTINENCIA SINDRO DE DROGAS
N08	MIGRAÑA OTALMICA	N09	NEUROGENIA VEJIGA	P00	SENTIRSE FURIOSO	P10	TARTAMUDEZ	P19	ABUSO DE COLA PEGAMENTO
N08	MIGRAÑA OTRAS	N09	NEUROPTIA PERIFERICA	P00	SENTIRSE IRRITABLE	P10	TIC ORIGEN PSIC NC	P19	ABUSO DE DROGAS DEPENDIENTE
N08	MIGRAÑA JAQUECA	N09	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL	P00	COMPORTAMIENTO SENIL	P10	TICS ORIGEN PSIC NC	P19	ABUSO DE DROGAS NO DEPENDIENTE
N08	MIGRAÑA CLASICA COMUN	N09	PARALISIS INFANTIL ESPASTICA	P00	ENVEJECIMIENTO EN RELACION CON EL	P11	ALIMENTACION PROBLEAS PSICOLÓGICOS	P19	ABUSO DE OTRAS SUSTANCIAS
N08	MIGRAÑA HEMIATRAL	N09	PERIFERIA NEUROPTIA	P00	ENVEJECIMIENTO MIEDO AL	P11	ALTERACION APETITO PSICOGENA	P19	ADICION A DROGAS VIA PARENTERAL ADVP
N08	MIGRAÑA OTALMICA	N09	SENIL DEGENERACION CEREB	P00	INTRANQUILIDAD/ENVEJ	P11	APETITO PERDIDA DEL PSICOGENO NIÑOS	P19	ADICION SUSTAN ESPECIFICA NC
N08	MIGRAÑA OTRAS	N09	VEJIGA NEUROGENA	P00	MIEDO DE PADEC ENVEJECIMIENTO	P11	COMER DEMASIADO NIÑO PSICOGENO	P19	COLA ESMEJAR HABITO
N08	MIGRAÑA JAQUECA	N09	VERTIGO BENIGNO FAMILIOTICO	P00	MIEDO DE PADEC SENILIDAD	P11	NIÑO PROBLEMAS DE ALIM PSICO	P19	DEPENDENCIA A DROGAS
N08	MIGRAÑA CLASICA COMUN	N09	GULLANBARRE SIND DE EDO SI 15 AÑOS EDAD	P00	PREOCUPACION ENVEJECIMIENTO	P11	PICA	P19	DEPENDENCIA DROGAS
N08	MIGRAÑA HEMIATRAL	P01	ANSIEDAD	P00	SENEESCENCIA	P11	PROBLEMA ALIMENTACION PSICOGENO NIÑOS NC	P19	PEGAMENTO ADICION
N08	MIGRAÑA OTALMICA	P01	EMOCIONAL ANSIOSO	P00	SENILIDAD	P11	PROBLEMA PSICOLOGICO	P19	PSICOSIS DROGAS NC
N08	MIGRAÑA OTRAS	P01	ESTADO ANSIEDAD	P00	SENTIRSE ENVEJECIDO	P11	APETITO PERDIDA DEL PSICOGENO NIÑOS	P19	PSICOSIS PSICOTICO DROGAS POR
N08	CEFALEA CLUSTER NC	P01	MULTIPLE SENTIMIENTOS ENOJO	P00	SENTIRSE HISTERICO	P20	ALUCINACIONES	P20	AMNESIA
N01	BELL PARALISIS DE	P01	NERVIOS/ANSIEDAD	P00	SENTIRSE SENIL	P11	COMER DEMASIADO NIÑO PSICOGENO	P20	ADICION VOCES ALUCINACION
N01	PAJAL PARALISIS	P01	PREOCUPADO ESTAR ANS	P00	DISTURBALER SUEÑO	P11	COMER DEMASIADO NIÑO PSICOGENO	P20	CONFUSION
N01	PARALISIS FACIAL	P01	SENTIRSE ANSIOSO	P00	INCAPACIDAD DORMIR	P11	NIÑO PROBLEMAS DE ALIM PSICO	P20	DELIROS
N02	TRIGEMINO NEURALGIA DEL	P01	SENTIRSE NERVIOSO ANSIOSO	P00	INSOMNIO	P11	PROBLEMA ALIMENTACION PSICOGENO NIÑOS NC	P20	DESCUIDO
N03	CARPO SINJOR DEL TUNEL DEL	P01	SENTIRSE PREOCUPADO	P00	MARCOLEPSIA/NIPOSSOMASUEÑO EXCESIVO	P11	PROBLEMA ALIMENTACION PSICOGENO NIÑOS NC	P20	DISMINUCION ATENCION
N03	SINOTOME TUNEL CARPIANO	P01	SENTIRSE TENSO	P00	PEQUEÑAS	P12	ENURESIS PSICOGENA	P20	DISTURBALER CONCENTRACION
N04	DISTROFAS MUSCULARES Y OTRAS MIDOPIATAS	P01	SENTIRSE TENSO EMOCIONAL	P00	SOAMIBULISMO	P12	ENURESIS PSICOGENA NOCTURNA	P20	DISTURBALER MEMORIA
N04	LESIONES DEL PLEJO BRACIAL	P01	TENOR	P00	SUEÑO ALTERACION DEL	P12	INCONTINENCIA URINARIA ORIGEN NO ORGANICO PSIC/UNC	P20	FALTA MEMORIA
N04	MIEMBRO FANTASMA SINDROME	P02	TENSO NERVIOSO	P00	TERRORES NOCTURNOS	P13	ENCOPRESIS ORIGEN PSIO	P20	INCAPACIDAD CONCENTRARSE
N04	MIOPIATIA NO ESPECIFICADA	P02	AFUCCION REACCION DE	P00	DISTURBALER SUEÑO	P13	HECES INCONTINENCIA ORIG NO ORG ENCOPRESIS PSIC	P20	OLVIDO
N04	MOKONEURITIS MIEMB INFER NIESPE	P02	ABUSTADO	P00	DISTURBALER SUEÑO	P13	INCONTINENCIA HECES ORIGEN NO ORGANICO	P20	PERDIDA MEMORIA TEMPORAL
N04	MOKONEURITIS MIEMB SUPER NIESPE	P02	DISTURBALER SITUACION TRANSIT	P00	MARCOLEPSIA/NIPOSSOMASUEÑO EXCESIVO	P15	ABSTINENCIA SINDRO DE ALCOHOL	P21	POSESO
N04	MORTON METATARSALGIA DE	P02	DUELO RELACION DE	P00	MARCOLEPSIA/NIPOSSOMASUEÑO EXCESIVO	P15	ADICION ALCOHOL CRONICO	P21	DISTURBALER CONDUCTA NC
N04	PARALISIS DE BELL	P02	ESTRES AGUDO	P00	SUEÑO ALTERACION DEL	P15	ADICION ALCOHOL CRONICA	P21	HIPOERACTIVO NIÑO
N04	PARALISIS OCULOMOTORA	P02	ESTRES REACCION DE	P00	SUEÑO ALTERACION DEL	P15	ADICION/DEPENDENC ALCOHOLICA	P21	HIPOERACTIVO NIÑO
N04	SINDROME DEL TUNEL TARSIANO	P02	ESTRES SINDROME DE	P00	FRIGIDIZ	P15	ADICION/DEPENDENC ALCOHOLICA	P21	NIÑO HIPOERACTIVO
N04	SINDROME GULLANBARRE	P02	MUERTE SUBITA PROBLEMA EMOCIONAL	P07	PERDIDA LIBIDO FEMENINA	P15	ADICION/DEPENDENC ALCOHOLICA DEMENTIA	P21	NIÑO HIPOERACTIVO
N04	TRASTORNOS DEL NERVO FACIAL	P02	MUERTE SUBITA REACCION POR	P07	PERDIDA LIBIDO MASCULINA NO ORG	P15	ADICION/DEPENDENC ALCOHOLICA PSICOSIS ORGANICA	P21	NIÑO HIPOERACTIVO
N04	TRASTORNOS MOTONICOS	P02	PROBLEMA ESTRES AGUDO NC	P08	DISPAR/ENIMA PSICOGENA	P15	ALCOHOLISMO	P21	HIPOERACTIVO NIÑO
N04	MOKONEURITIS MIEMB INFER NIESPE/DO FLACIA Y 15 AÑOS	P02	REACCION AFUCCION	P08	IMPOTENCIA	P15	ALCOHOLISMO DEMENTIA	P21	HIPOERACTIVO NIÑO
N04	MOKONEURITIS MIEMB SUPER NIESPE/DO FLACIA Y 15 AÑOS	P02	REACCION DESPUES DE DESASTRE NATURAL ERUPCION/MUNICAD	P08	PERDIDA POTENCIA SEX PSIO	P15	ALCOHOLISMO PSICOSIS ORGANICA	P21	HIPOERACTIVO NIÑO
N04	SINDROME GULLANBARRE EDO SI 15 AÑOS EDAD	P02	REACCION DESPUES DE MITE DE PERE QUERI	P08	PREMATURO ETACUACION	P15	CELOTIPIA ALCOHOLICA	P21	HIPOERACTIVO NIÑO
N09	ATEOSIS	P02	REACCION DESPUES DE VOLAC ACTOS VLTOS	P08	PROBLEMA LIBIDO POTENCAS/TIF SEX NC	P15	DELIBUMI TREMENS	P21	HIPOERACTIVO NIÑO
N09	CEFALEA POR ABUSO DE ANALGESICOS	P02	REACCION ESTRES AGUDO	P08	PROBLEMA SEXUAL DIFUNCION FEMENINA NC	P15	DEMENTIA ALCOHOLICA	P21	HIPOERACTIVO NIÑO
N09	CEFALEA POSTRAUMATICA	P02	TRASTORNADO NERVIOSO TRANSITORIO	P08	PROBLEMA SEXUAL DIFUNCION MASCULINA PSIO NC	P15	DEPENDENCIA ALCOHOLICA	P21	HIPOERACTIVO NIÑO
N09	CEREBRAL PARALISIS	P03	DEPRIMIDO DEPRESIVA	P08	PROBLEMA SEXUAL DIFUNCION MASCULINA PSIO/POTENCIA PSI NC	P15	DIPSOMANIA	P21	HIPOERACTIVO NIÑO
N09	COLA DE CABALLO SINDROME DE	P03	INTELIZ/DEPRIMIDO	P08	VAGINISMO PSICOGENO	P15	INCAPACIDAD DEJAR DE BEBER	P21	HIPOERACTIVO NIÑO
N09	DEGENERACION CEREBRAL	P03	LUNTO EXCESIVO ADULT DEPRESION	P08	ALTERACION IDENTIDAD PSICOSEXUAL	P15	PROBLEMA ALCOHOL CRONICO NC	P21	HIPOERACTIVO NIÑO
N09	DISTROFIA MUSCULAR	P03	SENTIR DESESPERANZA	P08	BEATISMO	P15	PSICOSIS PSICOTICO ALCOHOLICA	P21	HIPOERACTIVO NIÑO
N09	ENCEFALOPATIA HIPOCISQUEMICA INFANTIL	P03	SENTIRSE DEPRIMIDO	P08	EXHIBICIONISMO SEXUAL	P15	SINDROME AMNESICO DEL ALCOHOL	P21	HIPOERACTIVO NIÑO
N09	ENFERMEDAD NEUROMA MOTORIA NC	P03	SENTIRSE MISERABLE	P08	ETCHISMO SEXUAL	P16	SINDROME ALCOHOL AGUDO	P21	HIPOERACTIVO NIÑO
N09	ENFERMEDAD SISTEMA NERVIOSO NC	P03	SENTIRSE SOLO SOLEDAD	P08	MASOQUISMO SEXUAL	P16	BORRACHERA	P21	SINDROME HIPOERACTIVO NIÑO

ANEXOS

R23	PROBLEMA VOZ NC	R75	INFECCION SINUSAL AGUDA/CRON NC	R84	NEOPLASIA MALIGNA BRONQUIO	R95	ENFERMEDAD VIAS RES OBSTR CRON NC	S02	PUJERTO PJOR DE CUERO CABELLUO
R23	RONQUERA	R75	SINUSITIS AGUDA/CRON	R84	NEOPLASIA MALIGNA PULMON	R95	ENFERMA	S02	PUJERTO PJOR DE CUERO CABELLUO
R24	ESPUITO SANGRE HEMOPTIS	R76	ABSCESO PERIEMEDIAL NO	R84	NEOPLASIA MALIGNA TRAQUEA	R95	EPOC	S03	VERRUGA PLANTAR
R24	HEMOPTIS	R76	AMIGDALITIS AGUDA EXCEPTO ESTREPTOCOCCO A NGINAS	R85	CANCER DE CAVUM	R96	SOSPECHA EPOC	S03	VERRUGA VILGAR
R24	HENOPRIA SANGR NC HEMATEMESIS	R76	FARINGOMIGDALITIS AGUDA EXC ESTREPTOCOCCA	R85	CANCER DE LARINGE	R96	ASMA	S04	BULTO DETRAS DE LA OREJA
R24	HEMOPTIA SANGR NC HEMATEMESIS	R76	HEPPANGINA	R85	CANCER DE FARINGE	R96	ASMA EXTRINSECA	S04	HEMATOMA SUBCUTANEOLOCALIZADO
R24	TOS EXPECTORACION SANGUINOLIENTA AGUDO FEBRIL O NO	R77	CRUP LARINCEO	R85	CANCER MEDIASTINO	R96	ASMA INTRINSECA	S04	HINCHAZON CUTANEA LOCALI
R25	ANORMAL ESPIRO	R77	ENF INVASIVA H INFL ENFLOITIS	R85	CANCER PLEURAL	R96	ASMA POR EJERCICIO	S04	HINCHAZON CUTANEA LOCALI
R25	ANORMAL FLEMA	R77	ENFLOITIS	R85	CANCER DE CAVUM	R96	BRONQUITIS ALERGICA NC	S04	INFLAMACION PEL LOCALIZADA NC
R25	ANORMALIDAD ESPIRO	R77	LARINGITIS AGUDA	R85	CARCINOMA DE CAVUM	R96	BRONQUITIS ASMATICA NC	S04	LESION PEL LOCALIZADA NC
R25	ANORMALIDAD FLEMA	R77	TRAQUEITIS AGUDA	R85	CARCINOMA DE LARINGE	R96	CRISIS ASMATICA	S04	MASA PEL LOCALIZADA NC
R25	ESPUITO AMARILLOVERDE	R77	ENF INVASIVA H INFL ENFLOITIS EDO	R85	CARCINOMA MEDIASTINO	R96	FIEMRE DEL HENO RINIT ALERGO CON ASMA	S04	PAPILA CUTANEA LOCALIZADA
R25	ESPUITO PUS EN	R77	ENFLOITIS EDO SI ENF INVASIVA POR HINFLUENZAE	R85	CARCINOMA PLEURAL	R96	FIEMRE DEL HENO RINIT ALERGO CON ASMA	S04	QUISTE PEL
R26	MIEDO DE PADEC CANCER NC DE RESPIRATORIO	R78	BRONQUITIS AGUDA	R85	NEO DE CAVUM	R96	RINITIS ALERGICA CON ASMA	S04	PUJONCHAS
R27	MIEDO DE PADEC ENFERMEDAD RESPIRATORIA	R78	BRONQUITIS AGUDA NC	R85	NEOPLASIA DE CAVUM	R96	RINITIS ALERGICA CON ASMA	S04	TUMOR LOCALIZADO CUTANEO
R27	MIEDO DE PADEC ENFERMEDAD RESPIRATORIA	R78	BRONQUITIS NC	R85	NEOPLASIA DE CAVUM	R97	ALERGIA RINITIS FEBR DEL HENO	S04	VERDUGONES
R28	INCAPACIDAD MINUSV NC APARATO RESPIRATORIO	R78	TOXAX BRONQUITIS AGUDA	R85	NEOPLASIA DE FARINGE	R97	ALERGICO RINITIS FEBR DEL HENO	S05	HEMATOMA SUBCUTANEOGENERALIZ
R29	CONGESTION TORACICA	R78	TRAQUEOBRONQUITIS AGUDA	R85	NEOPLASIA FARINGE	R97	FIEMRE DEL HENO RINIT ALERGO	S05	HINCHAZON CUTANEA GENER
R29	HIPO	R80	GRIPE	R85	NEOPLASIA MALIGNA CUERDA VOCAL	R97	HENO FIEBRE DEL	S05	INFLAMACION PEL MULTIPLE NC
R29	SINTOMA OJALA SIENO RESPIRATORIO NC	R80	INFLUENZA GRIPE DEMOS	R85	NEOPLASIA MALIGNA GLOTTIS	R97	POLINOSIS FIEBRE DEL HENO	S05	LESION PEL GENERALIZADA NC
R70	DERRAME PLEURAL TUBERCULOSO	R80	INFLUENZA GRIPE DEMOS CON MANIFES RESPIRAT	R85	NEOPLASIA MALIGNA GLOTTIS	R97	RINITIS ALERGICA	S05	MASA PEL MULTIPLE NC
R70	EFECTO TARDIO TUBERCUL PULMONAR	R80	GRIPE EDO	R85	NEOPLASIA MALIGNA LARINGE	R97	RINITIS CONTINUADA	S05	PAPILA CUTANEA MULTIPLE
R70	PLEURESIA TUBERCULOSA	R80	INFLUENZA GRIPE DEMOS CON MANIFES RESPIRAT EDO	R85	NEOPLASIA PLEURAL	R97	RINITIS CRONICA	S05	TUMOR MULTIPLE CUTANEO
R70	PLEURESIA CON DERRAME TUBERCULOSO	R80	INFLUENZA GRIPE DEMOS EDO	R85	NEOPLASIA PLEURAL	R97	RINITIS FERRINE	S06	ERITEMA LOCALIZADO
R70	TARDOS EFFECTOS TUBERCULOSIS PULM	R80L1	GRIPE AHINTI CASO	R86	NEODULO CUERDA VOCAL MALIG	R97	RINITIS VASOMOTORA	S06	NEURODERMATITIS
R70	TUBERCULOSIS RESIDUAL PLEURAL	R81	ENF INVASIVA H INFL NEUMONIA	R86	CARCINOMA IN SITU NC DE APITO RESP BENIGNO	R98	HIPERVENTILACION	S06	NEURODERMATITIS
R70	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA	R81	FIEBRE O NEUMONIA	R86	NEOPLASIA BENIGNA AP RESPIRATORIO CU PARTE	R98	SINDROME HIPERVENTILACION	S06	RUSTULAS PEL
R70	DERRAME PLEURAL TUBERCULOSO EDO	R81	INFLUENZA GRIPE DEMOS CON NEUMONIA	R86	NEOPLASIA BENIGNA BRONQUIO	R99	ABSCESO PULMONAR	S06	RASH EXANT LOCALIZADO
R70	PLEURESIA TUBERCULOSA EDO	R81	LEGIONARIOS ENF DE LOS	R86	NEOPLASIA BENIGNA LARINGE	R99	ALVEOLITIS ALERGICA EXTRINSECA	S06	ROJO PEL LOCALIZADA
R70	PLEURESIA CON DERRAME TUBERCULOSO EDO	R81	LEGIONARIOS	R86	NEOPLASIA BENIGNA PULMON	R99	ALVEOLITIS NC	S07	CALOR RASH EXANTEMA
R71	TOS FERINA	R81	NEUMONIA ATIPICA NC	R87	EXTRAÑO CUERPO BRONQUIO	R99	APNEA DEL SUEÑO SINDROME	S07	ERITEMA GENERALIZADO
R71	TOS FERINA EDO	R81	NEUMONIA BACTERIANA DEMOSTROB	R87	EXTRAÑO CUERPO LARINGE	R99	ASBESTOSIS	S07	EXANTE PEL VEASE RASH
R72	ESCARLATINA DEMOSTR	R81	NEUMONIA INFECCIOSA ORIGIN NO SOSPECHADO NC	R87	EXTRAÑO CUERPO MARIZ	R99	CASUM	S07	EXANTEMA PEL RASH
R72	ESTREPTOC EN GARGTA DEMOSTRADO CONSN ULCERA	R81	ENF INVASIVA H INFL NEUMONIA EDO	R87	EXTRAÑO CUERPO MARIZ	R99	DESACACION DEL TABIQUE NASAL	S07	MANCHAS CUTANÉAS
R72	FARINGOMIGDALITIS ESTREPTOCOCCAS	R81	INFLUENZA GRIPE DEMOS CON NEUMONIA EDO	R87	EXTRAÑO CUERPO MARIZ	R99	EMFERMA	S07	RASH EXANT GENERALIZADO
R72	FIEBRE ESCARLATINA	R81	LEGIONARIOS ENF DE LOS EDO	R87	EXTRAÑO CUERPO MARIZ	R99	ENFERMEDAD APARATO RESPIRAT NC	S07	ROJO PEL GENERALIZADA
R72	INFECCION ESTREPTOCOCCA GARGANTA	R81	LEGIONELLOSIS EDO	R88	LESION APARATO RESPIRAT NC	R99	FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA	S08	CAMBIO EN PEL NC COLOR
R73	ABSCESO NASAL	R81	NEUMONIA BACTERIANA DEMOSTROBDEO NEUMOCOCCOH INFLUEN	R89	CONGENITA ANOM APARATO RESPIRATORIO	R99	GRANLEO PULMON DE	S08	ENROJECI PEL ANORM EXCESIVO
R73	FORNICULO PEL NC NASAL	R82	DERRAME PLEURAL ESPECIFICO EXC TB	R90	AMIGDALITIS CRONICA	R99	HISTIOCTOSIS X	S08	MANCHA CAFE CON LECHE
R74	FORNICULO PEL NC NASAL INTERNO	R82	PLEURESIA EX TB	R90	ENFERMEDAD AMIGDALENOID CRON NC	R99	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NC	S08	MANCHA MONGOLICA
R74	CATARRO	R83	ANGINA DE VINCENT	R90	FARINGITIS CRONICA	R99	MASA MEDIASTINICA	S08	PALIDEZ
R74	COMUN RESFRADO	R83	DIFTERIA	R90	FARINGOMEDALITIS CRONICA	R99	NEUMONIA POR ASPIRACION	S08	PELAS
R74	COLEZA	R83	EXTIRIS ALVEO ALERGO	R90	HIPERTH HIPERTROFICO ADENOIDES	R99	NEUMOPATIA INTERSTICIAL	S09	ROJO PEL
R74	OYA CATARRO VAS ALTAS	R83	HIDATIDOSIS PULMONAR	R90	HIPERTH HIPERTROFICO ADENOIDES	R99	NEUMOTORAX	S09	ABSCESO DEDO PLEMANO
R74	FARINGITIS	R83	INFECCION APARATO RESPIRATORIO NC	R90	INFECCION AMIGDALADENOIDES CRON	R99	NEODULO PULMONAR NC	S09	ABSCESO DIGITAL
R74	INFECCION GARGANTA NC	R83	LARINGITIS CRONICA	R90	INFECCION AMIGDALADENOIDES CRON	R99	POUPO BENIGNO CUERDA VOCAL	S09	CELLULITIS LOCALIZ DEDOS PLEMANO
R74	INFECCION RESPIRATORIA ALTA NC IBA	R83	NASOFARINGITIS AGUDA CRONICA	R90	HIPERTROFIA ADENOIDA	R99	POUPO NASAL BENIGNO	S09	INFECCION DEDOS NC MANOPE
R74	INFECCION RESPIRATORIA ALTA NC	R83	PULMON DE CHOROF DE AVES	R91	BRONQUITIASAS	R99	PROTEINOSIS ALVEOLAR	S09	INFECCION UÑA NC
R74	IRA INFECC RESPIR	R83	QUISTE HIDATIDICO PULMONAR	R91	BRONQUITIASAS	R99	PSITACOSIS	S09	INFECCION UÑA NC
R74	IRA INFECC RESPIR ALTA	R83	RINOFARINGITIS CRONICA	R91	BRONQUITIAS CRONICA	R99	TRAQUEITIS CRONICA	S09	PANAUZO
R74	RESFRADO COMUN	R83	SARCIDOSIS	R91	BRONQUITIAS CRONICA NC	R99	APNEA DEL SUEÑO SINDROME	S09	RARONQUA
R74	RINITIS AGUDA	R83	DIFTERIA EDO	R93	DERRAME PLEURAL EXC TB Y DERR INFLAM NE	S01	DOLOR PEL NC	S09	INFECCION UÑA NC
R74	RINOFARINGITIS AGUDA	R84	CANCER PULMON	R93	PLEURESIA EX TB CON DERRAME NO INFLAM NE	S10	ABSCESO CUTANEO	S10	ABSCESO CUTANEO
R74	SUPERIOR INFECC RESPIR DEL TRACTO	R84	CARCINOMA PULMONAR	R93	PLEURESIA EXTB SEROSA	S02	DERMATITIS FACIAL ARTIFICIAL NC	S10	ABSCESO NO CLASIFICADO
R74	TORAX RESFRADO	R84	NEO PULMON	R95	ENFERMEDAD EPOC NC	S02	DEFINITION FACITABLE PEL PIAZON	S10	CELLULITIS LOCALIZ
R74		R84		R95	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTR CRON EPOC	S02	PUJERTO NC	S10	ENF INVASIVA H INEL CELLULITIS

ANEXOS

S10	FORÚNCULO PIEL NC	S21	CAMBIO EN DE PIEL NC TEXTURA	S29	NEVUS HEMORRAGIA	S76	ERITEMA CRÓNICO MIGRATORIO	S87	DERMATITIS ATÓRICA NC
S10	ENF INVASIVA H INFL CELULITIS EDO	S21	DESCAMACION CUTANEA	S29	ORIBLUGO NO CICATRIZADO	S76	ENTRANSMIA	S87	DERMATITIS FLEXURAL NC
S11	FOLICULITIS NC	S21	ESCAMOSA PIEL	S29	PROBLEMA ASPECTO PIEL NC	S76	INFECCION PIEL NC	S87	ECZEMA ATÓRICO NC
S11	INFECCION PIEL NC LOCALIZADA	S21	EXFOLIACION CUTANEA	S29	PROBLEMA ORIBLUGO NC	S76	LEISHMANIOSIS	S87	ECZEMA INFANTIL NC
S12	MORDEDURA INSECTO DE PICADURA	S21	SECO SEQUEDAZ PIEL	S29	SINTOMA QUEJA SIGNO PIEL NC	S76	LYELL ESTOMATOLOGICO	S88	ALERGICO CUTANEA DERM CONT
S12	PICADURA INSECTO	S21	SINTOMA QUEJA SIGNO TEXTURA CUTANEA NC	S29	TATUANE	S76	SINPROME DE PIEL ESCALDADA ESTAFILOCOCCICA	S88	ALERGICO CUTANEA DERM CONT
S13	MORDEDURA ANIMAL	S22	FRAGILIDAD UNGUEAL	S29	TELANGECTASIA	S76	LEISHMANIOSIS EDO	S88	DERMATITIS ALERGICA NC
S13	MORDEDURA HUMANA	S22	PROBLEMA ASPECTO UNAS NC	S29	XANTOMA	S77	BASOCELULAR CARCINOMA DE PIEL	S88	DERMATITIS DE CONTACTO NC
S14	AMPOLLA CUTANEA QUEMADURA POR	S22	SINTOMA QUEJA SIGNO UNAS NC	S29	LUNAR CAMBIO DE COLOR/TAMANO	S77	NEVUS INTRACELULAR CARCINOMA DE PIEL	S88	DERMATITIS NC
S22	ESCALDADURA	S22	UNA DEBIL	S29	LUNAR CAMBIO DE COLOR/TAMANO	S77	LUNAR MELANOMA MALIGNO	S88	DERMATITIS POR DROGAS NC
S14	LESION PIEL QUEMADURAS NC	S22	UNA DISTROFICA	S29	LUNAR CAMBIO DE COLOR/TAMANO	S77	MELANOCARCINOMA	S88	DERMATITIS POR SOL NC
S22	QUEMADURA PIEL	S22	UNA FUERTE	S29	NEVUS CAMBIO COLOR/TAMANO	S77	MELANOMA MALIG PIEL	S88	DERMATITIS POR VENENO DE HIEDRA NC
S14	VEJICULA PIEL POR QUEMADURA	S22	UNA PUNTEADA	S29	NEVUS CAMBIO COLOR/TAMANO	S77	NEPLASIA MALIG PIEL	S88	ECZEMA DE CONTACTO
S15	EXTIENDO CUERPO PIEL	S22	UNA ROTURA DE	S70	CULEBRILLA HERP ZOS	S77	NEVUS MALIGNO MELANOMA	S88	ECZEMA NC
S15	EXTIENDO CUERPO PIEL	S22	PROBLEMA ASPECTO UNAS NC	S70	HERPES ZOSTER CUALQUIER LOC	S77	SARCOMA DE KAPOSI	S88	ENVENENAMIENTO CASUARINA VENENO DE ENCIÑA
S15	EXTIENDO CUERPO PIEL	S22	PROBLEMA ASPECTO UNAS NC	S70	HERPES ZOSTER OTICO	S77	ULCERA ULCERACION CORROSIVA CARCINOMA PIEL	S88	ENVENENAMIENTO HIEDRA VENENO DE
S16	CONTUSION ABDOMEN	S22	SINTOMA QUEJA SIGNO UNAS NC	S70	ZOSTER HERPES CUALQ LOCALIZ	S78	LIPOMA PIEL	S88	REACCION ALERGICA NC CUTANEA DERM CONT
S16	CONTUSION CUTANEA CON SUPERFICIE INTACTA	S22	SINTOMA QUEJA SIGNO UNAS NC	S71	HERPES SIMPLE LABIO BOCA	S78	NEPLASIA BENIGNA PIEL NC LIPOMA	S89	DERMATITIS DEL PAÑAL NC
S16	CONTUSION DE ANTEBRAZO	S22	UNA DEBIL	S71	PANARIZO HERPITICO	S79	ACROCORDON	S89	DERMATITIS DEL PAÑAL NC
S16	CONTUSION DE BRAZO	S22	UNA DISTROFICA	S72	ACAROSIS	S79	FIBROMA PEDICULAR	S89	EFFECTO TARDIO PROTESIS
S16	CONTUSION DE CODO	S22	UNA FUERTE	S72	ACAROS	S79	HISTIOCIOMA	S89	RASH EXANT PAÑAL
S16	CONTUSION DE CUELLO	S22	UNA PUNTEADA	S72	ESCARBOSIS	S79	LENTIGO	S89	RASH EXANT PAÑAL
S16	CONTUSION DE DEDOS DEL PIE	S22	UNA ROTURA DE	S72	SARNA	S79	LUNAR	S89	DERMATITIS DEL PAÑAL NC
S16	CONTUSION DE ESPALDA	S22	UEA DEBIL	S73	INFESTACION LARVAS	S79	NEPLASIA BENIGNA PIEL NC	S89	RASH EXANT PAÑAL
S16	CONTUSION DE HOMBRO	S22	UEA DISTROFICA	S73	INFESTACION PICLOS CUERPO/CABELLO/PIBIS	S79	NEPLASIA BENIGNA PIEL NC LUNAR	S89	PTIRIASIS ROSADA
S16	CONTUSION DE LA CARA	S22	UEA FUERTE	S73	INFESTACION PULGAS	S79	NEPLASIA BENIGNA PIEL NC NEVUS	S91	ARTROPATIA ASOCIADA A PSORIASIS
S16	CONTUSION DE MANIBRILLA	S22	UEA PUNTEADA	S73	PELICULOSIS	S79	NEUROFIBROMA	S91	PSORIASIS CON ARTROPATIA
S16	CONTUSION DE MANO	S23	UEA ROTURA DE	S73	PICLOS CUERPO/CABPUB	S79	NEVUS AZUL	S91	PSORIASIS SIN ARTROPATIA
S16	CONTUSION DE MUELO	S23	ALOPECIA	S74	ATLETA PIE DE	S79	NEVUS DE BECKER	S92	DISHIDROSIS
S16	CONTUSION DE NARIZ	S23	CAIDA DEL PELO	S74	DERMATITIS OTOSIS	S79	NEVUS MELANOTICO	S92	ENFERMEDAD GLANDULAS SUDOR NC
S16	CONTUSION DE PIE	S23	CALVICIE EPILISIS	S74	ECZEMA MARGINADO DE HIEDRA	S79	NEVUS PIGMENTADO	S92	GOLONDRIÑO
S16	CONTUSION DE PIERNA	S23	ENFERMEDAD PELO NC	S74	NECROSIS CUTANEA NC	S79	NEVUS SEBACEO	S92	HIDRANENTIS AXILAR
S16	CONTUSION DE RODILLA	S23	EPILISIS	S74	ONCOCITOSIS	S79	PAILOMA CUTANEO	S92	HIDROSADENTISOTRAS ENF DE LAS GLANDULAS SUDORHIP
S16	CONTUSION DEDOS DE LA MANO	S23	PELO CAIDA DEL	S74	OTOMICOSIS	S81	ANTOZO CONGENITO HEMANGIOMA NC	S92	HIPERHIDROSIS PATOL
S16	CONTUSION GLUTEO	S23	PELO NO DESEAO EXCE DE	S74	PIE DE ATLETA	S81	HEMANGIOMA	S92	RASH EXANT CALOR SUDOR
S16	CONTUSION TORACICA	S23	PELO SUPERFOLIO	S74	PTIRIASIS VERSICOLOR	S81	LINFANGIOMA CONGENITO	S92	SUDAMINA MILLARIA RUB
S16	GOLPE SUPERFICIE INTACTA NC	S24	ANORMAL PELO	S74	TIRA	S81	MARCA MANCHA ANGIOMATOSA	S92	SUDOR ESCASO
S16	GOLPE VER CONTUSION	S24	ANORMALIDAD PELO	S74	TIRA CAPITIS	S81	NEVUS CAVERNOSO	S93	DERMOIDE QUISTE
S16	HEMATOMA PIEL	S24	HIRSUTISMO	S74	TIRA CORPORS	S82	ANGIOMA MANCHA PRESA	S93	QUISTE SEBACEO
S16	TRAUMA TRAUMATISMO LESION CON SUPERF CUTANEA INTACTA	S24	PROBLEMA ASPECTO PELO NC	S74	TIRA CORPORS	S82	LUNAR CONGENITO	S94	CECIDIA UNA
S17	ABRASION PIEL	S24	PUPIRITO PIOR DE PELO	S74	TIRA CRURIS	S82	MARCA MANCHA HEMANGIOMA CAPILAR PRESA FRAMBUESA	S94	CECIDIA UNA
S17	AMPOLLA CUTANEA	S24	SECO SEQUEDAZ CUERO CABELLUDO NC	S74	TIRA CRURIS	S82	MARCA MANCHA VINO OPORTO	S94	ENCARNADA UNA
S17	ARANAZO PIEL	S24	SINTOMA QUEJA SIGNO CUERO CABELLUDO NC	S74	TIRA CAPITIS	S82	NEVUS	S94	ENCARNADA UNA
S17	PARCHO PIEL LESION	S24	SINTOMA QUEJA SIGNO PELO NC	S74	TIRA CORPORS	S82	NEVUS CONGENITO	S94	ENFERMEDAD UNAS NC
S17	VEJICULA PIEL	S26	MIEDO DE PADREC CANCER NC DE PIEL	S74	TIRA CRURIS	S83	ANTOZO CONGENITO NC	S94	ENFERMEDAD UNAS NC
S17	ARANAZO PIEL	S27	MIEDO DE PADREC ENFERMEDAD CUTANEA	S74	TIRA CRURIS	S83	CONGENITA ANOM PIEL	S94	ENCARNADA UNA DEL PIE
S17	ARANAZO PIEL	S28	INCAPACIDAD MINUSY NC CUTANEA	S74	TEA	S83	MARCA MANCHA DE MACIMIENTO NC	S94	ENCARNADA UNA DEL PIE
S18	CORTE HERIDA	S29	ALTERACION COLOR DE LA CARA NC	S74	TEA CAPITIS	S83	PEZONES SUPERNUMER	S94	ONCOCORPIO UNA EN GARRA
S18	LACERACION HERIDA	S29	CAMBIO EN DE PIEL NC	S74	TEA CORPORS	S84	IMPETIGO	S94	ONCOCORPIO UNA EN GARRA
S18	LESION PIEL LACERACIONES CORTES NC	S29	CORDON UMBILICAL NO CURADO	S74	TIRA CRURIS	S85	ABSCESO PLUNIAL	S94	UNA EN GARRA ONCOCORPIO
S18	RUNCOCORTE PIEL	S29	ESTRIAS ATÓRICAS	S74	TEA CRURIS	S85	RETULA PLUNIAL	S94	UNA ENCARNADA
S19	LESION PIEL NC	S29	LUNAR CAMBIO DE COLOR/TAMANO	S74	TEA CRURIS	S85	CANDIDIASIS CUTANEA	S94	CECIDIA UNA
S19	LESION PIEL TEJIDO SUBCUTANEO NC	S29	LUNAR CAMBIO DE COLOR/TAMANO	S75	CANDIDIASIS ORAL	S86	CASPA	S94	ENCARNADA UNA
S19	SINTOMA QUEJA SIGNO TEJIDO SUBCUTANEO NC	S29	LUNAR HEMORRAGICO	S75	MONILIASIS	S86	DERMATITIS FRITRATATSCAMOSA NC	S94	ENFERMEDAD UNAS NC
S20	CALLO CALLOSIDAD	S29	MARCA MANCHA POR ESTIRA CUT ESTR	S76	MUGUET	S86	ECZEMA SEBORREICA NC	S94	ENCARNADA UNA DEL PIE
S20	HIPERQUERATOSIS	S29	MARCA MANCHA TATUAJE	S76	ECTIMA	S86	ECZEMA SEBORREICO NC	S94	ONCOCORPIO UNA EN GARRA
S21	ABRUGAS	S29	NEVUS CAMBIO COLOR/TAMANO	S76	ERISIPILAS	S86	ERITEMATOSCAN DERM	S94	UNA EN GARRA ONCOCORPIO

ANEXOS

584	UEA ENCARNADA	T03	INCAPACIDAD COMER PERO DE APET	T07	ENGORDAR GANAR PESO NO OBESIDAD	T72	ADENOMA TIROIDES DE	T90	COMA HIPERGLUCEMICO
584	UEA EN GARRA ONCOLOGICO	T03	PERDIDA APETITO	T07	EXCESO EXCESIVO PESO GANANCIA	T72	NEOPLASIA BENIGNA TIROIDES	T90	COMA HIPEROSMOLAR NO CETOICO
584	UEA ENCARNADA	T04	ADOLESCENCIA PROBLEMAS DE ALIMENTACION	T07	INCREMENTO PESO	T73	NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLE TIPO III	T90	DIABETES GESTACIONAL
585	MOLUSCUM CONTAGIOS	T04	ALIMENTACION NIÑO	T07	PESO GANANCIA DE	T73	NEOPLASIA BENIGNA GLAND ENDOCR NC	T90	DIABETES MELLITUS
586	ACNE CONGLOBATA QUISTICO	T04	ALTERACION ALIMENTACION NO PSICOGENA ADOLESCENTE	T08	ABINGLAZAR	T73	NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLE TIPO II	T90	DIABETES MELLITUS COMPLICADA EXC RETINOP
586	ACNE VULGAR	T04	ALTERACION ALIMENTACION NO PSICOGENA NIÑO	T08	REDUCCION PESO	T73	NEOPLASIA MALIGNA GLANDULAS ENDOCR NC	T90	DIABETES MELLITUS TIPO I
586	COMEDON ACNE	T04	ANOREXIA NO PSICOG NIÑO	T08	EXCESO EXCESIVO PESO PERDIDA	T73	NEOPLASIA MALIGNA MULTIPLE TIPO I	T90	DIABETES MELLITUS TIPO II ADO
586	ESPIRILLAS ACNE	T04	ANOREXIA NO PSICOG NIÑO	T08	PERDIDA PESO	T73	TUMOR CARCINOMIE	T90	DIABETES MELLITUS TIPO II INSULINA
586	GRANOS ACNE	T04	ESCUPPI ALIMENTOS LOS NIÑOS	T08	PESO BAJO	T73	TREGLOSO CONDUCTO FERSTENTE	T90	DIABETES MELLITUS TIPO II NC
587	DERMATITIS ULCEROSA POR	T04	ESCUPPI ALIMENTOS LOS NIÑOS	T08	PESO PERDIDA	T78	TREGLOSO QUISTE	T90	DIABETES MELLITUS TIPO 1
587	PRESION COMPRESION NC ULCERA	T04	NIÑO PROBLE DE ALIMENTACION	T08	QUERER PERDER PESO	T80	CONSENTITA ANOM GLANDULAS ENDOCRINI	T90	DIABETES MELLITUS TIPO 2 NC
587	ULCERA ULCERACION DECLIBITO	T04	NIÑO PROBLE DE ALIM METAB	T10	ADOLESCENCIA PROBLEMAS DE CRECIMIENTODESAR	T80	HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGENITA	T90	DIABETES TIPO MODY
587	ULCERA ULCERACION PIEL CRONICA	T04	NIÑO VOMITADOR	T10	BAJO DE ESTATURA	T80	HIPOTIROIDISMO	T90	NEFROPATIA DIABETICA
587	ULCERA ULCERACION VARICOSA	T04	PROBLEMA ALIMENTACION NIÑO NC	T10	CRECIMIENTO ESCASO	T80	HIPOTIROIDISMO CONGENITO	T90	NEFROPATIA DIABETICA
588	LESION PIEL URTICARIA NC	T04	PROBLEMA ALIMENTACION NIÑO NC	T10	CRECIMIENTO RETRASO DEL	T81	BOCIO MULTINODULAR NO TOXICO NC	T91	ALTERACION NUTRICIONAL CUALO
588	URTICARIA NC	T04	PROBLEMA COMIDA NIÑO NC	T10	REDUCCION ESTATURA	T81	BOCIO NC	T91	BERBERI
589	ACANTOSIS MERICANS	T04	PROBLEMA COMIDA NIÑO NC	T10	FALLO PROSPERAR DESARRO	T81	NOULO TIROIDES SIN TIROTOKOSIS	T91	DEFICIENCIA NUTRICO CUALO TIP
589	ACNE ROSACEA	T04	RECHAZO ALIMENTACION NIÑO	T10	FALTA CRECIMIENTO	T81	TIROIDES ENGRASAMIENTO	T91	DEFICIENCIA PROTECTA CALORIAS
589	GLATRIZ	T04	RECHAZO ALIMENTACION NIÑO	T10	FALTA DESARROLLO	T81	TIROIDES NOULO	T91	DEFICIENCIA VITAMINICA DEFICIT
589	GLATRIZ HIPERTIROIDICA	T04	REGURGITACION NIÑO	T10	NIÑO PROBLE DE CRECIMIENTO	T82	EXCESO EXCESIVO PESO OBESIDAD	T91	DEFICIT VITAMINICO
589	DERMATITIS HEPETIFORME NC	T04	REGURGITACION NIÑO	T10	POBRE GANANCIA DE PESO NIÑOS	T82	GRASA OBESIDAD	T91	ENFERMEDAD NUTRICIONAL CUALO NC
589	DERMATITIS PERFORAL NC	T04	VOMITO ALIMENTARIO NIÑOS	T10	POBRE GANANCIA DE PESO NIÑOS	T82	OBESIDAD	T91	ESCORBUTO
589	ENFERMEDAD PIEL NC	T04	VOMITO ALIMENTARIO NIÑOS	T10	PROBLEMA CRECIMIENTO NC	T82	OBESIDAD MORBIDA	T91	KWASH-KOROK
589	ENFERMEDAD SUBCUJ DEL TEJIDO NC	T04	ALIMENTACION NIÑO	T10	RETRASO CONSTITUCIONAL DEL CRECIMIENTO	T82	PESAJEZ EXCESIVA OBESIDAD	T91	MALNUTRICION CUALO TIPO
589	ERITEMA MULTIFORME	T04	ALIMENTACION NIO	T10	RETRASO CRECIMIENTO	T82	PESO EXCESIVO OBESIDAD	T91	MARASMO
589	ERITEMA NODOSO	T04	ALTERACION ALIMENTACION NO PSICOGENA NIÑO	T10	RETRASO FISIOLÓGICO	T83	EXCESO EXCESIVO PESO OBESIDAD SOBREPESO	T91	OSTEOMALACIA
589	GRANULOMA PEOGENICO	T04	ANOREXIA NO PSICOG NIÑO	T10	TALLA BAJA FAMILIAR	T83	PESO SOBREPESO	T91	PELAGRA
589	ICTOSIS	T04	ESCUPPI ALIMENTOS LOS NIÑOS	T10	NIÑO PROBLE DE CRECIMIENTO	T83	SOBREPESO	T91	RAQUITISMO
589	INTERTRIGO	T04	NIÑO PROBLE DE ALIMENTACION	T10	NIÑO PROBLE DE CRECIMIENTO	T83	ADENOMA TOXICO	T91	VITAMINAS DEFICIENCIA
589	LIQUEN PLANO	T04	RECHAZO ALIMENTACION NIÑO	T10	POBRE GANANCIA DE PESO NIÑOS	T85	BOCIO CON HIPERTIROIDISMO TIROTOK NC	T92	GOTA
589	LIQUEN SIMPLE CRONICO	T04	NIÑO VOMITADOR	T11	DESHIDRATACION	T85	BOCIO MULTINODULAR TOXICO NC	T93	ALTERACION METABOLISMO NC LIPOICO
589	PERIBOIDE	T04	NIÑO PROBLE DE ALIMENTACION	T15	ALIMENTO AUMENTADO TIROIDES	T85	BOCIO NOULAR TOXICO	T93	COL HIPERCOLESTEROLEMIA
589	PODERMA GANDRENOZO	T04	NIÑO PROBLE DE ALIM METAB	T15	MASA TIROIDES NC	T85	GRAVES BASEDOW ENFERMEDAD DE	T93	DISLIPEMIA
589	PITIRIASIS ALBA	T04	NIÑO VOMITADOR	T15	TIROIDES BULTO	T85	HIPERTIROIDISMO	T93	ENFERMEDAD METABOLISMO LIPOICO NC
589	PITIRIASIS RUBRA PLATIS	T04	PROBLEMA ALIMENTACION NIÑO NC	T15	TIROIDES MASA	T85	HIPERTIROIDISMO PRIMARIO	T93	HIPERCOLESTEROLEMIA
589	PRURIGO	T04	PROBLEMA COMIDA NIÑO NC	T26	MIEDO DE PADEC CANCER NC DE APARATO ENDOCRINO	T85	HIPERTIROIDISMO SECUNDARIO	T93	HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR
589	PRURIGO NODULAR	T04	RECHAZO ALIMENTACION NIÑO	T27	MIEDO DE PADEC DIABETES	T85	HIPERTI HIPERTIROIDICO TIROIDES TIROTOKICA	T93	HIPERCOLESTEROLEMIA NC
589	QUELÓIDE	T04	REGURGITACION NIÑO	T27	MIEDO DE PADEC ENF ENDOCRINAT FAMIL O NUTRICIONAL NC	T85	NOULO TIROIDES TIROTOKICO	T93	HIPERLIPEMIA MIXTA
589	QUELATOSE ACTINICA	T04	REGURGITACION NIÑO	T27	MIEDO DE PADEC ENFERMEDAD DIABETICA	T85	TIROTOKOSIS	T93	HIPERLIPIDEMIA
589	QUELATOSE SEBORREICA	T04	VOMITO ALIMENTARIO NIÑOS	T27	MIEDO DE PADEC ENFERMEDAD HIPERCOLESTEROLEM	T86	COMA MAXEEMATOSO	T93	HIPERTIRILCEDEMIA
589	ROSACEA ACNE	T05	ALIMENTACION ADULTO	T28	INCAPACIDAD MINUSU NC ENDOCR METAB O NUTR	T86	HIPOTIROIDISMO NC	T93	LIPIDOSIS
589	VERRUGA SENIL SEBORREICA	T05	ALIMENTACION ADULTO	T29	CRECIMIENTO EXCESIVO	T86	HIPOTIROIDISMO NC	T93	ACROMEGALIA
589	VITILIGO	T05	ANOREXIA NO PSICOG ADULTO	T29	ALTO MUY TALLA	T86	HIPOTIROIDISMO PRIMARIO	T99	ADENOMA HIPOTISARIO
589	EXCESO EXCESIVO SED	T05	PROBLEMA ALIMENTACION ADULTO NC	T29	DESARROLLO FISICO PRECOZ	T86	HIPOTIROIDISMO SECUNDARIO	T99	ADENOMA HIPOTISARIO
T01	SED SEQUENO	T05	PROBLEMA ALIMENTACION ADULTO NC	T29	EXCESO EXCESIVO CRECIMIENTO	T86	HIPOTIROIDISMO SECUNDARIO	T99	ALTERACION ELECTROLITOS
T01	APETITO ALIMENTO DEL	T05	PROBLEMA ALIMENTACION ADULTO NC	T29	GRANDE PARA LA EDAD	T86	MAXEDEMIA	T99	ALTERACION ENDOCRINA NC
T02	APETITO EXCESIVO	T05	RECHAZO ALIMENTACION ADULTO	T29	PRECOZ DESARR FISICO	T87	COMA HPOGLUCEMICO NC	T99	ALTERACION LIQUIDOS
T02	APETITO INCREMENTO DEL	T05	RECHAZO ALIMENTACION ADULTO	T29	PROBLEMA METABOLISMO NC	T87	COMA INSULINICO	T99	ALTERACION METABOLISMO NC
T02	INCREMENTO EXCESIVO APETITO	T05	ALTERACION ANOREXIA NERVOSA	T29	PROBLEMA PESO NC	T87	HIPERINSULINISMO	T99	AMILODOSIS
T02	SENTIR HAMBRE	T05	ANOREXIA NERVOSA	T29	PURPURQUIM PRECOZ	T87	HPOGLUCEMIA	T99	AMINOACIDOS AL TERACI METABOLICAS DE LOS
T02	APETITO DISMINUCION DEL	T05	ANORMAL ALIMENTACION ANOREXIA NERVOSA	T29	SINTOMA QUEJA SIGNO ENDOCRINOS NC	T87	HPOGLUCEMIA	T99	CARBOHIDRATOS ANOMA METABOLICAS DE LOS
T03	APETITO ESCASO	T05	ANORMALIDAD ALIMENTACION ANOREXIA NERVOSA	T29	SINTOMA QUEJA SIGNO METABOLICOS NC	T87	INSULINICO COMA	T99	CUSHING SINDROME DE
T03	APETITO PERDIDA DEL	T05	APETITO CAMBIOS EN EL	T29	SINTOMA QUEJA SIGNO NUTRICIONALES NC	T88	GLUCOSURIA RENAL	T99	DIABETES INSIPIDA
T03	DISMINUCION APETITO	T05	BULIMIA	T71	INFECCION GLANDULAS ENDOCRINAS NC	T88	RENAL GLUCOSURIA	T99	ENFERMEDAD DE CUSHING
T03	INAPETENCIA COMIDA	T05	CAMBIO EN DE APETITO	T71	CANCER DE TIROIDES	T90	ACIDOSIS LACTICA	T99	ENFERMEDAD ENDOCRINA NC
T03		T05	INCAPACIDAD DEJAR DE COMER	T71	NEOPLASIA MALIGNA TIROIDES	T90	CETOACIDOSIS DIABETICA	T99	ENFERMEDAD HIPOTISARIA NC
T03		T05	PROBLEMA ALIMENTACION NC	T71	TUMOR MALIGNO DE TIROIDES	T90	COMA DIABETICO	T99	ENFERMEDAD METABOLISMO NC

224

225

ANEXOS

X21	PROBLEMA TAMANO DE LA MAMA NC	X76	POLO BENIGNO CERVICAL ASINOMIAT	X99	ALTERACION MAMA NC	Y13	PLANIFICACION FAMILIAR ESTERILIZACION MASCULINA	Y78	NEOPLASIA MALIGNA DE PENE
X21	PROBLEMA TAMANO DE LA MAMA NC	X76	NEOPLASIA BENIGNA MAMA FEMENINA EX MASTOP FIBROQUISTICA	X99	BARTHOLINITIS	Y14	PLANIFICACION FAMILIAR CONTRACEPT ORALES HOMBRE	Y78	NEOPLASIA MALIGNA MAMA MASCULINA
X23	MIEDO DE PADEC ENFERMEDAD VENEREA FEMENINA	X79	NEOPLASIA BENIGNA AP GENITAL FEMENINO NC EXC FIBROMA	X99	BARTHOLINO QUISTE O ABSCESO DE	Y14	PLANIFICACION FAMILIAR HOMBRE	Y78	NEOPLASIA MALIGNA TESTICULO
X24	MIEDO DE PADEC SEXUAL DISFUNCION FEMENINA	X80	NEOPLASIA BENIGNA OVARIO TROMPAS	X99	ENDOMETRIOSIS	Y16	BOTON MAMARIO NIÑO	Y79	NEOPLASIA BENIGNA AP GENITAL MASCULINO CUAPARTE
X25	MIEDO DE PADEC CANCER NC DE ORG GENIT FEMENIN	X80	OVARIO QUISTE BENIG	X99	ENFERMEDAD GENITAL FEMENINA NC	Y16	DOLOR MAMA MASCULINA NC	Y79	NEOPLASIA BENIGNA DE PENE
X26	MIEDO DE PADEC CANCER NC DE MAMA	X80	POLO DE CERVIX	X99	ENFERMEDAD MAMA MUJER NC	Y16	MASA MAMARIA MASCULINA NC	Y79	NEOPLASIA BENIGNA DE TESTICULO
X27	MIEDO DE PADEC CNF O PROBLEMA DE MAMA	X80	QUISTE OVARIO BENIGNO	X99	FISTULA GENITAL DEL TRACTO	Y16	MODULO DE MAMA MASCULINO	Y79	NEOPLASIA BENIGNA MAMA MASCULINA
X27	MIEDO DE PADEC ENFERMEDAD DE LA MAMA	X81	CARCINOMA IN SITU NC DE CUELLO DEL UTERO	X99	FISTULA VAGINAL	Y16	QUISTE DE MAMA MASCULINA	Y79	NEOPLASIA BENIGNA PROSTATA EX HIPERTR PROSTATA
X27	MIEDO DE PADEC ENFERMEDAD GENITAL NC FEMENINA	X81	CARCINOMA IN SITU NC DE MAMA	X99	HIPERPLASIA ADENOMATOSA QUISTICA GLANDULAR ENDOMETRIO	Y16	SINTOMA QUEJA SIGNO MAMA MASCULINA NC	Y80	NEOPLASIA BENIGNA PROSTATA EX HIPERTR PROSTATA
X28	INCAPACIDAD MINUSV NC APARATO GENIT FEME	X81	CARCINOMA IN SITU NC DE UTERO	X99	HIPERTR HIPERTROFICO GENITAL FEMENINA	Y16	BOTON MAMARIO NIO	Y80	LESION APARATO GENITAL MASCULINO NC
X29	SECRECION UTERAL FEMENINA	X82	EMBARAZO COMPLICADO POR OTROS PROC NO OBST LESIONES	X99	INFECCION APARATO UROGENITAL FEMENINO NC	Y16	BOTON MAMARIO NIO	Y81	CONGENITA ANOM FIMOSIS
X29	SINTOMA QUEJA SIGNO GENITAL FEMENINO NC	X82	LESION APARATO GENITAL FEMENINO NC	X99	MASITIS NO PUERPERAL	Y24	MIEDO DE PADEC SEXUAL DISFUNCION MASCULINA	Y81	FIMOSIS CONGENITA
X29	SINTOMA QUEJA SIGNO REPRODUCC APARATO FEMENINO NC	X82	LESION NO OBSTETRICA NC	X99	PELVICA SIND DE CONGESTION	Y25	MIEDO DE PADEC ENFERMEDAD VENEREA MASCULINA	Y81	PARAFIMOSIS
X29	INFECCION URINARIA TRACTO SIFILITICA FEMENINA	X82	PROBLEMA RESISTANTE DE VIOLACION LESGEN NC	X99	QUISTE BARTHOLINO	Y25	MIEDO DE PADEC CANCER NC DE ORG GENIT MASCULI	Y81	PREPUJO REDUNDANTE
X70	SIFILIS FEMENINA GENITAL	X82	VIOLACION SEXUAL LESION	X99	SINDROME CONGESTION PELVICA	Y27	INCAPACIDAD MINUSV NC ORG GENIT MASCULIN	Y82	CONGENITA ANOM HIPOSPADIAS
X70	INFECCION URINARIA TRACTO SIFILITICA FEMENINA EDO	X83	ANILLO HIMEN ESTRECHO	X99	SINDROME DEL OVARIO POLIQUISTICO	Y27	INCAPACIDAD MINUSV NC ORG GENIT MASCULIN	Y82	EPISPADIA
X70	SIFILIS FEMENINA GENITAL EDO	X83	CONGENITA ANOM GENITAL FEMENINA	X99	SIENDO DE OVARIO	Y29	SINTOMA QUEJA SIGNO GENITAL MASCULINO NC	Y82	HIPOSPADIA
X71	CERVICITIS GONOCOCCICA	X83	HIMEN IMPERFORADO	X99	VULVOVAGINITIS	Y29	SINTOMA QUEJA SIGNO REPRODUCC APARATO MASCULINO NC	Y83	CRYPTORQUIDIA
X71	ENFERMEDAD QUELLO DEL UTERO GONOCOCCA NC	X83	UTERO BICORNE	Y01	DOLOR PENE NC	Y70	CHANCRO SIFILIS	Y83	TESTICULO NO DESCENDIDO
X71	ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA VENEREA GONORR	X84	INFLAMACION VAGINA NC	Y01	DOLOR PENE NC	Y70	CHANCRO SIFILIS	Y84	CONGENITA ANOM GENITAL MASC NC
X71	INFLAMACION INFECCION FEMENINA GENITAL	X84	INFLAMACION VULVA NC	Y02	DOLOR ESCROTO NC	Y70	INFECCION URINARIA TRACTO SIFILITICA MASCULINA	Y84	HERMAFRODISMO COMG
X71	GONORREA FEMENINA GENITAL	X84	VAGINITIS NC	Y02	DOLOR MASCLINO ESCROTO NC	Y70	SIFILIS	Y85	ADENOMA PROSTATA DE
X71	INFECCION URINARIA TRACTO GONOCOCCICA FEMENINA	X84	VULVITIS	Y02	DOLOR MASCLINO TESTICULOS NC	Y70	SIFILIS MASCULINA URGENT	Y85	HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA
X71	URETRITIS GONOCOCCICA FEMENINA	X85	ATROFIA GENITAL FEMENINA CERVICAL	Y02	DOLOR TESTICULO NC	Y70	CHANCRO SIFILIS EDO	Y85	HIPERTR HIPERTROFICO PROSTATICA BENIGNA
X71	CERVICITIS GONOCOCCICA	X85	CERVICAL DISPLASIA	Y02	HEMORR SAIGOR NC MASCULINA	Y70	INFECCION URINARIA TRACTO SIFILITICA MASCULINA EDO	Y85	PROSTATA HIPERTROFIA BENIGNA
X71	CERVICITIS GONOCOCCICA EDO	X85	CERVICAL LEUCOPLASIA	Y03	PREPUJO SECRECION	Y70	SIFILIS EDO	Y86	HERICOCLE
X71	ENFERMEDAD QUELLO DEL UTERO GONOCOCCA NC EDO	X85	CERVICITIS	Y03	SECRECION DEL PENE	Y70	SIFILIS MASCULINA URGENT EDO	Y86	ATROFIA GENITAL MASCULINA
X71	ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA VENEREA GONORR EDO	X85	ECOTRIA CERVICAL	Y03	SECRECION DEL PENE	Y71	GONOCOCCA INFECCION MASCULINA UROGEN	Y89	CALICULO PROSTATICO
X71	GONOCOCCA INFECCION FEMENINA GENITAL EDO	X85	ENFERMEDAD QUELLO DEL UTERO NC	Y04	DOLORSJO ERECCION	Y71	GONORREA MASCULINA URGENT	Y89	CHANCRO BLANDO
X71	GONORREA FEMENINA GENITAL EDO	X85	EROSION CERVIC CERVICI	Y04	ERECCION DOLOROSA	Y71	INFECCION URINARIA TRACTO GONOCOCCICA MASCULINA	Y89	CHANCRODIE
X71	INFECCION URINARIA TRACTO GONOCOCCICA FEMENINA EDO	X85	METAPLASIA ESCAMOSA CERVICAL	Y04	INFLAMACION PENE NC	Y71	URETRITIS GONOCOCCA MASCULINA	Y89	ENFERMEDAD GENITAL MASCULINA NC
X71	URETRITIS GONOCOCCICA FEMENINA EDO	X85	QUISTE NABOTH POLICULO DE	Y04	PREPUJO INFLAMACION	Y71	GONOCOCCA INFECCION MASCULINA UROGEN EDO	Y89	ENFERMEDAD MAMA MASCULINA NC
X71	VAGINITIS GONOCOCCICA EDO	X86	ANORMAL PROTIE CERVICAL	Y04	PREPUJO TUMEFACCION	Y71	GONORREA MASCULINA URGENT EDO	Y89	ESPERMATOCLE
X72	CANDIDIASIS URGENT FEMENINA PROBADA	X86	ANORMAL FIB CON PAPANICOLAOU	Y04	PRAPISMO	Y71	INFECCION URINARIA TRACTO GONOCOCCICA MASCULINA EDO	Y89	GINECOMASTIA
X72	MONILIASIS URGENT FEM DEMOS	X86	ANORMALIDAD PROTIS PAPANICOLAOU	Y04	SINTOMA QUEJA SIGNO PENE NC	Y71	URETINTE GONOCOCCICA MASCULINA EDO	Y89	HEMATOCOLE
X72	VAGINITIS CANDIDIASIS NC	X86	ANORMALIDAD PROTIS CERVICAL UTERINO	Y04	ULCERA ULCERACION PENE	Y71	HERPES SIMPLE GENITAL MASCULINO	Y89	HIPERTR HIPERTROFICO GENITAL MASCULINA
X73	INFECCION TRICOMONIASIS PROBADA MUJER	X86	CITOLOGIA PROTIS PAPANICOLAOU ANORMA	Y05	ESCROTAL PRIURITO	Y72	ABSCESO PROSTATICO	Y89	INFECCION APARATO UROGENITAL MASCULINO NC
X73	TRICOMONIASIS URGENT PROBADA FEMENINA	X86	DIPLASIA CERVICAL PAPANICOL ANORMAL	Y05	HEMATOMA ESCROTAL	Y73	ABSCESO PROSTATICO	Y89	UNIFORMANULOMA VENEREO
X73	URETRITIS TRICOMONIASIS C PROBADA FEMENINA	X86	PAPANICOLAU PROTIE ANORMAL	Y05	INFLAMACION ESCROTO NC	Y73	PROSTATITIS	Y89	TORSION TESTICULO
X73	VAGINITIS TRICOMONIASIS NC	X87	CITOCELE	Y05	INFLAMACION TESTICULAR NC	Y73	PROSTATITIS AGUDA	Y89	TRICOMONIASIS URGENT PROBADA MASCULINA
X74	CELULITIS LOCALIZ PELVICA FEMENINA	X87	INCONTINENCIA PROLAPSO MUJER	Y05	PRURITO PROR DE ESCROTO	Y73	PROSTATITIS CRONICA	Z01	EFECTO ADVERSO POBREZA NC
X74	ENDOMETRITIS	X87	PROLAPSO UTERO VAGINA	Y05	PRURITO PROR DE TESTICULOS	Y73	VERICULITIS SEMINAL	Z01	POBREZA
X74	ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA NC	X87	RECTOCLE	Y05	SINTOMA QUEJA SIGNO ESCROTO NC	Y74	ABSCESO EPIDIDIMARIO	Z01	PROBLEMA ECONOMICO NC
X74	OVARIITIS	X88	DEPLASIA MAMARIA BENIG QUIS	Y05	SINTOMA QUEJA SIGNO TESTICULOS NC	Y74	ABSCESO TESTICULAR	Z01	PROBLEMA FINANCIERO NC
X74	SALINGITIS AGUDIZOR NO VENEREA TROMPA DE FALORO	X88	FERQUENOMIA DE LA MAMA	Y05	DOLOR PROSTATA NC	Y74	EPIDIDIMITIS	Z02	PROBLEMA AGUA NC
X75	CANCER DE CERVIX	X88	FERQUENOMIA DE MAMA	Y05	INFLAMACION PROSTATICA NC	Y74	ORQUITIS	Z02	PROBLEMA ALIMENTOS NC
X75	NEOPLASIA MALIGNA CUELLO DEL UTERO	X88	MAMA FIBROQUISTICA	Y06	PROBLEMA PROSTATA NC	Y74	ORQUITIS Y EPIDIDIMITIS ORQUIEPIDIMITIS	Z03	CAMBIO EN DE REFERENCIA VIVIENDA
X76	CANCER DE MAMA FEMENINA	X88	MASTOPATIA FIBROQUISTICA DIFUSA	Y06	SINTOMA QUEJA SIGNO PROSTATA NC	Z03	BALANTIS	Z03	CAMINATA HASTA EL DOMICILIO
X76	NEOPLASIA MALIGNA MAMA FEMENINA	X88	QUISTICO MAMA CRONICA	Y07	IMPOTENCIA ORDEN ORGANICO	Y75	CANDIDIASIS URGENT GENITAL MASCULINA	Z03	DEFECTO DEFECTUOSA VIVIENDA DEFECTOS TEC
X77	CANCER DE ENDOMETRIO	X89	PREMENSTRUAL SINDRO DE TENSION	Y07	PERDIDA POTENCIA SEX ORGA VAPON	Y75	INFECCION PENE NC	Z03	DESPLAZAMIENTO PROBLEMAS DE VIVIENDA
X77	NEOPLASIA MALIGNA APARATO GENITAL FEMENINO CU PARTE	X89	SINDROME PREMENSTRUAL DE TENSION	Y07	PROBLEMA SEXUAL DISFUNCION MASCULINA ORGA NC	Y75	MONILIASIS UROGEN MASC DEMOS	Z03	FALTA VIVIENDA
X77	NEOPLASIA MALIGNA OVARIO TROMPAS	X89	TENSION PREMENSTRUAL	Y10	ACOSPERMIA	Y76	CONDILOMA ACUMULADO MASCULINO	Z03	FALTA VIVIENDA
X77	NEOPLASIA MALIGNA UTERO	X90	HERPES SIMPLE GENITAL FEMENINO	Y10	ESTERILIDAD MASCULINA	Y76	VERRUGA VENEREA MASCULINO CONDIL	Z03	INCAPACIDAD ENCONTRAR VIVIENDA
X78	BIROMA UTERO	X91	CONDILOMA ACUMINADO FEMENINO	Y10	INFERTILIDAD MASCULINA	Y76	VERRUGAS VIRALES	Z03	PROBLEMA MIGRACION NC
X78	NEOPLASIA BENIGNA FIBROMIOMA UTERO	X91	ABSCESO VENEREA FEMENINA CONDIL	Y13	OLIGOSPERMIA	Z03	NEOPLASIA MALIGNA PROSTATA	Z03	PROBLEMA VECINDAD NC
X78	NEOPLASIA BENIGNA FIBROMIOMA UTERO	X99	ABSCESO BARTHOLINO	Y13	CONSEJO ESTERILIZACION MASCULINA	Y77	PROSTATA NEOPLASIA MALIGNA	Z03	PROBLEMA VIVIENDA NC
X78	NEOPLASIA BENIGNA UTERO	X99	ABSCESO MAMARIO NO PUERPERAL	Y13	ESTERILIZACION MASCULINA VASECTOMIA	Y78	NEOPLASIA MALIGNA APARATO GENITAL MASC EXC PROSTATA	Z03	RESTRICCION DE ESPACIO VIVIENDA

200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000
SOCIAL MIGRACION	SOLITARIO VIVIR ASIAM VIVIENDO	TECNICOS DEFECTOS EN VIVIENDA	TRANSEUNTE PROBS ALOJ	VAGABUNDEO	VIVIENDA DEFECTUOSA EN LA	VIVI SOLA	DISCRIMINAR COLOR RAZA RELIGION SEXO	EMBARAZO LEGITIMO	LEGITIMO EMBARAZO LEG	INADAPTACION SOCIAL	PROBLEMA CREENCIAS NC	PROBLEMA LEGITIMIDAD NC	PROBLEMA PRACT SOCIALCULT NC	PROBLEMA RELIGION NC	TRANSITORIO EMBARAZO	CARRERA O PROFESION PROBLEMA DE ELECC DE	EFFECTO ADVERSO AMBIENTE DE TRABAJO NC	INSATISFACCION EMPLEO	MIEDO DE PADECER FENDER MI TRABAJO	PROBLEMA CONDICIONES DE TRABAJO NC	PROBLEMA ELECC DE CARRERAS NC	PROBLEMA OCUPACIONAL NC	DESEMPLEADO	INCAPACIDAD ENCONTRAR TRABAJO	PARADO	PROBLEMA DESEMPEÑO NC	PROBLEMA PAÑO NC	ANALFABETISMO	EDUCACION MINUSVALIAS EDUCAC	FRACASO ESCOLAR	IGNORANCIA FALTA DE ED	INSATISFACCION AMBIENTE ESCOLAR	NIVEL EDUCACIONAL DIFICULTOSA	PROBLEMA EDUCACIONAL NC	NIVEL EDUCACIONAL DIFICULTOSA	NIVEL EDUCACIONAL DIFICULTOSA	PROBLEMA BIENESTAR SOCIALES SEGUROS NC	PROBLEMA SEGURIDAD SOCIAL NC	PROBLEMA SOCIAL BIENESTAR SOCIAL NC	PROBLEMA SOCIAL INSEGURIDAD SEGUROS NC	ADOLESCENCIA PROBLEMAS DE POLICIA LEGALES	DEFINICION LEGAL	DEFINICION LEGAL	ENCARCELAMIENTO	ENCARCELAMIENTO PROPIO	JUICIO JUSTICIA	PROBLEMA LEGAL NC	PROBLEMA POLICIA NC	PROCESO JUDICIAL	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA SISTEMA DE ATENCION DE LA SALUD ACCESO NC	PROBLEMA SISTEMA DE ATENCION DE LA SALUD DISPONIBILIDAD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A LA ATENCION DE SALUD NC	PROBLEMA ACCESO A																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								

Anexo 2. Informes y peticiones donde aparecen los episodios activos del paciente



Atención Primaria



Comunidad de Madrid

INFORME DE SALUD

DATOS DEL CENTRO:

C.S. EL GRECO

AVDA DE LOS REYES CATOLICOS, 37 GETAFE 28904

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y Apellidos: GRECO PRUEBA PRUEBA

Edad: 38 años

Nº Seg. Social: 991500103042

C.I.P. PRPR000000103042

ANTECEDENTES PERSONALES

Alergias:

No conocido

Antecedentes Médicos:

No conocido

Antecedentes Quirúrgicos:

No conocido

PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES (con la fecha estimada de inicio)

16/01/2012 PECTUS EXCAVATUM

25/09/2012 PÚRPURA IDIOPÁTICA

24/08/2013 LATIDO CARDIACO SALTARÍN

16/12/2013 DIPLOPÍA

23/12/2014 ENFERMEDADES DE LOS DIENTES/ENCIAS

23/05/2017 DISPUTA ENTRE PADRES E HIJOS

TRATAMIENTOS (mantenidos en los últimos 3 meses y fecha de inicio de prescripción)

OBSERVACIONES (Hágase constar la situación clínica actual y las necesidades de cuidados y seguimiento si se requiere)

Madrid a

Firmado:

Nº de colegiado:

Este informe está basado en la Historia Clínica existente en su Centro de Salud.

Los datos sanitarios que contiene son de especial protección y tienen como único destinatario la persona solicitante.

El uso de los mismos y su entrega a terceros quedan bajo la estricta responsabilidad del destinatario (paciente o su representante legal).

ANEXOS



Centro de Salud
C.S. EL GRECO

Comunidad de Madrid

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

FECHA: 31/05/2017

NOMBRE: **PRUEBA PRUEBA, GRECO**

DOMICILIO: AVDA DE CORDOBA, 39., 28041 - MADRID

NACIMIENTO: 06/06/1980 EDAD: 37 años

Nº HISTORIA: TELÉFONO:

MÉDICO: Dr.

ENFERMERA:

ANTECEDENTES PERSONALES:

ALERGIAS: No Conocido

MÉDICOS: No Conocido

QUIRÚRGICOS: No Conocido

SOCIALES: No Conocido

ANTECEDENTES FAMILIARES:

No Conocido

CONDICIONANTES Y PROBLEMAS:

ACTIVOS: 12/02/2014 Migraña Otras ; Migraña / Jaqueca

EPISODIOS ABIERTOS:

16/01/2012 PECTUS EXCAVATUM

25/09/2012 PÚRPURA IDIOPÁTICA

24/08/2013 LATIDO CARDIACO SALTARÍN

16/12/2013 DIPLOPIA

23/12/2014 ENFERMEDADES DE LOS DIENTES/ENCÍAS

23/05/2017 DISPUTA ENTRE PADRES E HIJOS

PRESCRIPCIONES:

ACTIVAS:

CRÓNICAS:

INCAPACIDAD TRANSITORIA:

IT ACTIVAS:

IT INACTIVAS:

RESUMEN (texto libre):

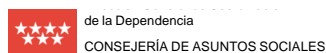
GETAFE, a 31 mayo 2017

Firmado:

Dra. BALLARIN GONZALEZ, ANA
Nº de colegiado: 28613338

Página 1 / 1

ANEXOS



Comunidad de Madrid

INFORME DE CONDICIONES DE SALUD
PARA SOLICITAR: [ELEGIR OPCIÓN]
1- Datos del solicitante

NOMBRE: GRECO
APELLIDOS: PRUEBA PRUEBA
D.N.I.: FECHA DE NACIMIENTO: 06/06/1980

2- Problemas de salud en activo, de carácter permanente o crónico, que inciden sobre la situación de dependencia del solicitante (ordenar por importancia en relación a la incidencia sobre dicha situación):

ORDEN	FECHA	DIAGNOSTICOS PRINCIPALES
EPISODIO ACTUAL	DISPUTA ENTRE PADRES E HIJOS	
OTROS EPISODIOS	16/01/2012	PECTUS EXCAVATUM
	25/09/2012	PÚRPURA IDIOPÁTICA
	24/08/2013	LATIDO CARDIACO SALTARÍN
	16/12/2013	DIPLOPIA
	23/12/2014	ENFERMEDADES DE LOS DIENTES/ENCÍAS
	23/05/2017	DISPUTA ENTRE PADRES E HIJOS

- ☐ Enfermedad mental
 ☐ Discapacidad intelectual
 ☐ Trastornos graves del comportamiento
☐ Limitaciones sensoriales
 ☐ Enf. infecciosas activas
 ☐ Afección de la capacidad perceptivo-cognitiva

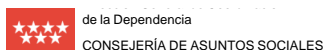
3- Tratamientos que tiene prescritos actualmente (señalar los que tienen relevancia):

FARMACOLOGICOS	
PSICOTERAPEUTICOS	
REHABILITADORES	
AYUDAS TECNICAS	
CUIDADOS ENFERMERIA	
OTROS	

4- Marcar lo que proceda (poner una X o un círculo donde corresponda):

	SI	NO
1. SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN BASAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. PRESENTA DISMINUCION DE VISIÓN Y/O AUDICION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. PRESENTA INCONTINENCIA FECAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. PRESENTA DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LOS MMII	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. PRESENTA DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LOS MMSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. PRESENTA ALTERACION DE CONDUCTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. TIENE CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXOS



Comunidad de Madrid

9. SE RESPONSABILIZA DE SU TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. SE PREVE MEJORÍA EN LOS PRÓXIMOS 6 MESES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. SE ENCUENTRA ENCAMADO DE FORMA PERMANENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. PRECISA SILLA DE RUEDAS DE FORMA PERMANENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5-Valoración de las ABVD

Se valorará (de 0 a 3) la capacidad que tiene el/la solicitante para desempeñar por sí mismo/a las actividades anteriormente mencionadas, así como la necesidad de apoyo:

0- INDEPENDIENTE: No precisa ninguna ayuda

1- SUPERVISIÓN/PREPARACIÓN: Solo necesita una preparación, por parte del cuidador/a habitual, de los elementos necesarios para realizar la tarea, o bien se le proporciona vigilancia, se le anima o se le da indicaciones para que la ejecute.

2- AYUDA PARCIAL O LIMITADA: La persona participa en la realización de la tarea. Comprende cómo tiene que hacerlo y se implica en la ejecución /desarrollo de la misma.

3- AYUDA TOTAL: Realización por parte del cuidador de la totalidad de la actividad. Inmovilizado/encamado o ausencia de capacidad de comprensión.

ACTIVIDAD	Autonomía / Apoyo
COMER: Hacer uso correcto de los cubiertos, llevarse los alimentos a la boca. Incluye la ingesta de alimentos a través de otros medios (sonda, nutrición parenteral total)	[Elegir]
MICCIÓN/DEFECACIÓN: Acudir al baño, usar el retrete (adoptar la postura adecuada), limpiarse correctamente y ajustarse la ropa. Incluye cambiarse el absorbente y el manejo de la sonda o ostomía.	[Elegir]
ASEO PERSONAL: Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del mismo. Incluye acceder a la bañera o plato de ducha por sí solo.	[Elegir]
VESTIDO: Ponerse/quitar las prendas de vestir y el calzado. Incluye abrochar botones/cremalleras así como ponerse las prótesis y órtesis prescritas.	[Elegir]
TRANSFERENCIAS: Como se mueve entre superficies hacia o desde: la cama, la silla. Incluye sentarse/levantarse de la silla, la cama.	[Elegir]
DESPLAZAMIENTOS DENTRO DEL HOGAR: Andar/moverse en el domicilio habitual: dentro de una habitación o entre diferentes estancias.	[Elegir]
DESPLAZAMIENTOS FUERA DEL HOGAR: Acceder al exterior de la vivienda. Caminar y/o moverse cerca o lejos de la propia vivienda.	[Elegir]

6- Otras observaciones de interés relacionadas con el estado de salud de el/la solicitante y su situación de dependencia.


--

7- Identificación del profesional que emite el informe:


Nombre: Dra. BALLARIN GONZALEZ, ANA
 Especialidad: MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
 Nº de Colegiado: 28613338
 Sello y firma:

En GETAFE, a 31 mayo 2017

ANEXOS

Interconsulta			
C.S. EL GRECO AVDA DE LOS REYES CATOLICOS, 37 GETAFE 28904		Página: 1 / 1 F. Impresión: 31/05/2017 12:25	
Centro _____ Dr./Dra. _____ Especialidad: Cardiología		Datos paciente PRUEBA PRUEBA, GRECO AVDA DE CORDOBA, 39, Telf. _____ Telf. _____ Edad 10 años CIP PRPR000000103042 NASS 991500103042 C.Aut 103042	
Fecha 31/05/2017 N° Orden: 96599731 Prioridad Normal		 Dr./Dra. BALLARIN GONZALEZ, ANA CIAS: 1610370106J N° 28/61333-8	
Fecha cita: _____ Lugar: _____			
Solicitud: _____ Prueba: CONSULTA PRIMERA Motivo: LATIDO CARDIACO SALTARÍN		IT: NO Transporte: _____	
Observaciones LATIDO CARDIACO SALTARÍN			
Alergias: No Conocido A. Quirúrgicos: No Conocido		Episodios activos: 23/05/2017 - DISPUTA ENTRE PADRES E HIJOS 23/12/2014 - ENFERMEDADES DE LOS DIENTES/ENCIAS 16/12/2013 - DIPLOPIA 24/08/2013 - LATIDO CARDIACO SALTARÍN 25/09/2012 - PÚRPURA IDIOPÁTICA 16/01/2012 - PECTUS EXCAVATUM	
C.S. EL GRECO, 31 de MAYO de 2017		Firma	
D/Dª PRUEBA PRUEBA, GRECO AVDA DE CORDOBA, 39, 28041 MADRID CIP PRPR000000103042 NASS 991500103042		Remitido Dr./Dra. BALLARIN GONZALEZ, ANA Informe Dr. _____	
Informe de la Interconsulta _____ <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Duración probable de IT si precisa: Precisa revisión posterior: SI NO Fecha Aprox.: Pruebas a aportar: </div>			
Fecha visita: _____			

Anexo 3. Solicitud para la petición de datos a la DTSIS



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia Asistencial de Atención Primaria
SaludMadrid



Comunidad de Madrid

Documento de Petición de Explotación de datos de AP-Madrid

Dirección Técnica de Sistemas de Información. Gerencia Asistencial de Atención Primaria C/ San Martín de Porres, 6 C.P. 28035 Madrid Teléfono: 91 3700603			
Organismo solicitante: DIRECCIÓN TÉCNICA DE DOCUMENTACIÓN E INVESTIGACIÓN			
Persona que efectúa la solicitud/Cargo: Isabel del Cura - Técnico de investigación			
Fichero que contiene los datos/Responsable del Fichero: AP-Madrid / Gerente de Atención Primaria.			
Nivel de Prioridad:	Urgente <input type="radio"/>	Alta <input type="radio"/>	Media <input checked="" type="radio"/> Fecha Petición: 12/01/2017
A rellenar por DTSIS. Autorizado por:			
Finalidad del Uso de la Información:	Estudios Investigación <input checked="" type="radio"/>	Uso Clínico <input type="radio"/>	Otros(Especificar):
Indíquese lo que proceda: Anteponer una X según corresponda <input type="radio"/> Es necesario disponer de datos identificativos para la realización del tratamiento objeto de la comunicación <input checked="" type="radio"/> Se solicitan datos desagregados o disociados			
A rellenar por UAT o DTSIS:			
Requiere información adicional:	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	
LEGISLACIÓN APLICABLE QUE AUTORIZA LA EXTRACCIÓN <small>El responsable del fichero, mediante la presente solicitud, autoriza de conformidad con el artículo 12.2 de la Ley Orgánica 15/1999, a la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, para proceder a la extracción de los datos solicitados mediante esta solicitud. Los datos personales recogidos mediante la presente solicitud podrán formar parte de un fichero, cuya única finalidad será gestionar esta solicitud de cesión, garantizándose todos los derechos reconocidos por la Ley.</small>			
Descripción:	Solicitud de explotación de datos de la HCE extrahospitalaria para la realización de Tesis Doctoral sobre episodios no imprimibles		
Detalles Funcionales:	Se realizará un estudio transversal analizando las características descritas a continuación de los episodios con el atributo de privacidad "no imprimible" en la Dirección Asistencial Sur		
Campos de salida:	- Número total de episodios episodios "no imprimibles" de la DAS. - Respecto a episodios "no imprimible": Centro de Salud o Consultorio Local, código CIAP y descriptor, fecha de apertura del episodio y de cierre si tuviera, edad y sexo del usuario de la HCE en la que se ha creado el episodio, categoría profesional del autor del episodio, CIAS del autor del episodio.		
Periodicidad:	De 1 de enero de 2013 a 31 de diciembre de 2016		

Dirección Técnica de Sistemas de Información

Anexo 4. Definición y codificación de las variables del Estudio I

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	CODIFICACIÓN
Del episodio			
No imprimible	Atributo de privacidad seleccionado durante la creación del episodio	Cualitativa dicotómica	
Capítulo CIAP	Eje alfabético de la CIAP que indica la localización anatómica de la consulta a registrar	Cualitativa	A – Problemas Generales B – Sangre, inmunitario D – Aparato digestivo F – Ojos y anejos H – Aparato auditivo K – Aparato circulatorio L – Aparato locomotor N – Sistema nervioso P – Problemas psicológicos R – Aparato respiratorio S – Piel, faneras T – Aparato endocrino, metabólico y nutrición U – Aparato urinario W – Planificación familiar, embarazo, parto, puerperio X – Aparato genital femenino y mamas Y – Aparato genital masculino y mamas Z - Problemas sociales
Rúbrica CIAP	Eje numérico de la CIAP que indica etiología de la consulta realizada	Ordinal	Razón de consulta : 1-29 Proceso de atención y actuaciones: 30-69 Problema de atención: 70-99
Descriptor asociado al código CIAP	Cada una de las definiciones de los problemas de consulta asociados a un código de la CIAP	Cualitativa	
Fecha de registro	Fecha de creación del episodio “no imprimible”	Ordinal	Día-mes-año
Fecha de cierre	Fecha de cierre del episodio “no imprimible”	Ordinal	Día-mes-año

ANEXOS

	imprimible”		
Del paciente			
Sexo	Sexo del paciente cuya historia clínica contiene episodios “no imprimible” en el momento de inclusión	Cualitativa dicotómica	Femenino Masculino
Fecha de nacimiento	Del paciente	Ordinal	Día-mes-año
Edad	Edad del paciente cuya historia contiene episodios “no imprimible” en el momento de inclusión	Cuantitativa continua	Años
Del profesional			
Categoría profesional	Cada uno de los estratos sanitarios según la función desarrollada, el nivel del título exigido y el tipo de nombramiento	Cualitativa	Médico Enfermero Trabajador Social Unidad de apoyo
CIAS	Código de 11 dígitos de identificación del puesto de trabajo asociado a cada profesional	Ordinal	Comunidad Autónoma/Área/Zona Básica/Categoría/Orden/Letra de Control
Organizativas			
Centro de Salud o Consultorio Local	Cada una de las estructuras físicas y funcionales donde se realiza asistencia sanitaria sin relación con el hospital	Cualitativa	C.S. Aranjuez C.S. Las Olivas C.S. Ciempozuelos C.S. Colmenar de Oreja C.S. Brecial C.S. Ciudades C.S. El Greco C.S. Getafe Norte C.S. Juan de la Cierva C.S. Margaritas C.S. Sector III C.S. Sánchez Morate C.S. Griñón C.S. Huerta de los Frailes C.S. Jaime Vera

ANEXOS

			C.S. Leganés Norte C.S. María Ángeles López Gómez C.S. María Jesús Hereza-Cuellar C.S. María Montessori C.S. Marie Curie C.S. Mendiguchía Carriche C.S. Santa Isabel C.S. Isabel II C.S. Las Américas C.S. Los Pintores C.S. San Blas C.S. Parque Europa C.S. Pinto C.S. San Martín de la Vega C.S. El Restón C.S. Valdemoro C.L. Titulcia C.L. Chinchón C.L. Valdelaguna C.L. Villaconejos C.L. Batres C.L. Casarrubuelos C.L. Cubas de la Sagra C.L. Serranillos del Valle C.L. Torrejón de la Calzada C.L. Torrejón de Velasco
Municipio	Cada una de las 9 localidades que configuran la Dirección Asistencial Sur	Cualitativa	Aranjuez Ciempozuelos Colmenar de Oreja Getafe Griñón Leganés Parla San Martín de la Vega Valdemoro
Dirección Asistencial	Cada una de las 7 unidades en las que se estructura el área sanitaria de la CAM en el ámbito de AP	Cualitativa	C – Centro E – Este NO – Noroeste N – Norte O – Oeste S – Sur SE - Sureste

ANEXOS

Anexo 5. Encuesta realizada a los profesionales de atención primaria para el Estudio II

4/4/2017

Algunos datos personales

Algunos datos personales

*Required

1. Edad *

Mark only one oval.

- ☐ 20-24
☐ 25-29
☐ 30-34
☐ 35-39
☐ 40-44
☐ 45-49
☐ 50-54
☐ 55-59
☐ 60-64
☐ 65-69

2. Sexo *

Mark only one oval.

- ☐ Hombre
☐ Mujer

3. Categoría profesional *

Mark only one oval.

- ☐ Médico
☐ Enfermero
☐ Residente 1er año
☐ Residente 2º año
☐ Residente 3er año
☐ Residente 4º año

ANEXOS

4/4/2017

Algunos datos personales

4. Años trabajados *

Mark only one oval.

- ☐ 1-5
- ☐ 6-10
- ☐ 11-15
- ☐ 16-20
- ☐ 21-25
- ☐ 26-30
- ☐ 31-35
- ☐ 36-40
- ☐ 41-45
- ☐ 46-50

5. Tipo de contrato *

Mark only one oval.

- ☐ Residente
- ☐ Estatutario fijo
- ☐ Interino
- ☐ Eventual
- ☐ Suplente

6. ¿Conoces la opción "no imprimible" de los episodios del programa Ap-Madrid? *

Mark only one oval.

- ☐ Sí
- ☐ No

7. La opción "no imprimible" al crear un episodio permite que el mismo no aparezca en algunos documentos impresos, como los partes de interconsulta a especialistas que no necesitan esa información. ¿La has utilizado alguna vez al crear un episodio? *

Mark only one oval.

- ☐ Sí
- ☐ No

8. ¿A quién querrías reservar la información al señalar un episodio como "no imprimible"? (se pueden elegir varias opciones) *

Tick all that apply.

- ☐ Al paciente
- ☐ A intermediarios: administrativos, familiares...
- ☐ Al destinatario de un informe: médico especialista si parte de interconsulta, trabajador social si informe de ley de dependencia...
- ☐ No lo sé
- ☐ Other: _____

ANEXOS

4/4/2017

Algunos datos personales

9. ¿Querías como paciente que el profesional sanitario que te atiende conociera la herramienta "no imprimible"? *

Mark only one oval.

- ☐ Sí
☐ No
☐ Indiferente

10. ¿Has tenido alguna experiencia personal como paciente o acompañante por problemas o aspectos ético-legales? *

Mark only one oval.

- ☐ Sí
☐ No

11. ¿Has recibido alguna formación sobre bioética o temas legales? *

Mark only one oval.

- ☐ Sí
☐ No

A - Problemas generales e inespecíficos

Puntúa cada episodio si crees que al crearse debería añadirse la característica de "NO IMPRIMIBLE" del AP-Madrid.

Marca del 1 (nada conveniente) o 2 (muy conveniente)

12. A09 - Calor problema sudor *

Mark only one oval.

	1	2	
Nada conveniente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy conveniente

13. A13 - Miedo de padecer reacción por fármacos *

Mark only one oval.

	1	2	
Nada conveniente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy conveniente

14. A15 - Llanto excesivo niño/adolescente *

Mark only one oval.

	1	2	
Nada conveniente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy conveniente

15. A 16 - Niño/adolescente malhumorado/alborotador/irritable/nervioso *

Mark only one oval.

	1	2	
Nada conveniente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy conveniente

<https://docs.google.com/forms/d/1bU94fm8IJ2CxITC95gr3WhH4ZIIssEeyELEv1PqB0/edit>

3/49

El resto de la encuesta puede consultarse en <https://goo.gl/forms/McgSbpJoLI1yByry1>

ANEXOS

Anexo 6. Definición y codificación de las variables del Estudio II

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	CODIFICACIÓN
Del episodio			
Capítulo CIAP	Eje alfabético de la CIAP que indica la localización anatómica de la consulta a registrar	Cualitativa	A – Problemas Generales B – Sangre, inmunitario D – Aparato digestivo F – Ojos y anejos H – Aparato auditivo K – Aparato circulatorio L – Aparato locomotor N – Sistema nervioso P – Problemas psicológicos R – Aparato respiratorio S – Piel, faneras T – Aparato endocrino, metabólico y nutrición U – Aparato urinario W – Planificación familiar, embarazo, parto, puerperio X – Aparato genital femenino y mamas Y – Aparato genital masculino y mamas Z - Problemas sociales
Rúbrica CIAP	Eje numérico de la CIAP que indica etiología de la consulta realizada	Ordinal	Razón de consulta : 1-29 Proceso de atención y actuaciones: 30-69 Problema de atención: 70-99
Descriptor asociado al código CIAP	Cada una de las definiciones de los problemas de consulta asociados a un código de la CIAP	Cualitativa	
Del profesional			
Edad	Edad del profesional al rellenar la encuesta	Cuantitativa continua	Años
Sexo	Sexo del profesional al rellenar la encuesta	Cualitativa dicotómica	Hombre Mujer
Categoría profesional	Cada uno de los estratos sanitarios	Cualitativa	Médico Enfermero

ANEXOS

	según la función desarrollada, el nivel del título exigido y el tipo de nombramiento		Trabajador Social Unidad de apoyo
Años en ejercicio	Años trabajados en el SERMAS. En caso de residentes, año de residencia	Cuantitativa continua	
Tipo de contrato	Características del contrato del personal sanitario	Cualitativa	Estatutario fijo Interino Eventual Sustituto Residente
Conocimiento o no del atributo “no imprimible”	Si el profesional conocía (previamente a la encuesta) el atributo “no imprimible” en la creación de un episodio	Cualitativa dicotómica	Si No
Uso o no del atributo “no imprimible”	Si el profesional ha usado alguna vez el atributo “no imprimible” en la creación de un episodio	Cualitativa dicotómica	Si No
Finalidad del atributo “no imprimible”	Objetivo por el que se utiliza la opción “no imprimible”, a quién se quiere ocultar la información así clasificada	Cualitativa	Paciente Intermediarios (familia, administrativos...) Destinatario final (médico si parte de interconsulta, trabajador social si informe de ley de dependencia...)
Formación en temas de bioética o aspectos ético-legales	Valoración subjetiva de la formación en temas de bioética o aspectos médico-legales	Cualitativa dicotómica	Si No

ANEXOS

Anexo 7. Encuesta sobre finalidad realizada a los expertos del Grupo Lex Artis para el Estudio III

4/4/2017

Finalidad de la opción "no imprimible"

Finalidad de la opción "no imprimible"

*Required

1. ¿A quién crees que se pretende reservar la información al usar la opción "no imprimible"?

Tick all that apply.

- ☐ Al paciente
- ☐ A los intermediarios: administrativos, familiares...
- ☐ Al destinatario final de un informe: médico especialista en caso de parte de interconsulta, trabajador social si informe de ley de dependencia...
- ☐ Other: _____

2. Si quieres explicarte más...

Powered by
 Google Forms

Anexo 8. Encuesta sobre CIAP realizada a los expertos del Grupo Lex Artis para el Estudio III

ANEXOS



A - Problemas generales e inespecíficos

Puntúa cada episodio si crees que al crearse debería añadirse la característica de "NO IMPRIMIBLE" del AP-Madrid.

Marca del 1 (nada conveniente) al 4 (muy conveniente)

***Required**

1. A09 - Calor problema sudor *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	
Nada conveniente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy conveniente

2. A13 - Miedo de padecer reacción por fármacos *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	
Nada conveniente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy conveniente

3. A15 - Llanto excesivo niño/adolescente *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	
Nada conveniente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy conveniente

4. A 16 - Niño/adolescente malhumorado/alborotador/irritable/nervioso *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	
Nada conveniente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy conveniente

5. A20 - Eutanasia petición/discusión *

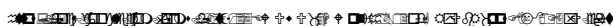
Mark only one oval.

	1	2	3	4	
Nada conveniente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy conveniente

6. A25 - Miedo de padecer muerte *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	
Nada conveniente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy conveniente



ANEXOS



7. A26 - Miedo de padecer cancer *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	
Nada conveniente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy conveniente

8. A27 - Miedo de padecer enfermedad/infección *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	
Nada conveniente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy conveniente

9. A28 - Incapacidad trabajar; Minusvalía *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	
Nada conveniente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy conveniente

10. A29 - Torpeza; Estupor; Somnolencia *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	
Nada conveniente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy conveniente

11. A78 - Infección parásitos; Fiebre por piojos; Lepra; Leptospirosis; Picadura artrópodos; Muermo *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	
Nada conveniente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy conveniente

12. A84 - Intoxicación por medicamentos; Envenenamiento fármaco sobredosis dosis errónea *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	
Nada conveniente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy conveniente

13. A86 - Envenenamiento sustancia no medicamentosa; Efecto tóxico sustancias diversas *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	
Nada conveniente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy conveniente



Puede consultarse el resto de la encuesta en <https://goo.gl/forms/B4wmxEt3mr9CGL03>

ANEXOS

Anexo 9. Resultados de la encuesta a profesionales respecto al CONOCIMIENTO o no de la opción no imprimible y su relación con las diferentes variables

	CONOCIMIENTO		
	NO n (%)	SÍ n (%)	Total n (%)
Sexo			
Hombre	0 (0)	15 (16,1)	15 (16,1)
Mujer	19 (20,4)	59 (63,4)	78 (83,9)
Edad			
20-24	1 (1,1)	1 (1,1)	2 (2,2)
25-29	7 (7,5)	15 (16,1)	22 (23,7)
30-34	2 (2,2)	11 (11,8)	13 (14,0)
35-39	3 (3,2)	7 (7,5)	10 (10,8)
40-45	0 (0)	6 (6,5)	6 (6,5)
45-49	1 (1,1)	7 (7,5)	8 (8,6)
50-55	2 (2,2)	10 (10,8)	12 (12,9)
55-59	2 (2,2)	4 (4,3)	6 (6,5)
60-64	1 (1,1)	13 (14,0)	14 (15,1)
Categoría profesional			
Enfermero	16 (17,2)	14 (15,1)	30 (32,3)
Médico	2 (2,2)	44 (47,3)	46 (49,5)
Residente	1 (1,1)	16 (17,3)	17 (18,4)
Experiencia profesional			
1-5	8 (8,6)	22 (23,7)	30 (32,3)
6-10	1 (1,1)	8 (8,6)	9 (9,7)
11-15	1 (1,1)	9 (9,7)	10 (10,8)
16-20	1 (1,1)	5 (5,4)	6 (6,5)
21-25	1 (1,1)	6 (6,5)	7 (7,5)
26-30	3 (3,2)	7 (7,5)	10 (10,8)
31-35	1 (1,1)	5 (5,4)	6 (6,5)
36-40	0 (0)	3 (3,2)	3 (3,2)
41-45	3 (3,2)	9 (9,7)	12 (12,9)
Tipo de contrato			
Estatutario fijo	6 (6,5)	34 (36,6)	40 (43,0)
Eventual	5 (5,4)	8 (8,6)	13 (14,0)
Interino	0 (0)	7 (7,5)	7 (7,5)
Residente	3 (3,2)	17 (18,3)	20 (21,5)
Suplente	5 (5,4)	8 (8,6)	13 (14,0)
Formación ético-legal			
No	8 (8,6)	12 (12,9)	20 (21,5)
Si	11 (11,8)	62 (66,7)	73 (78,5)
Total	19 (20,4)	74 (79,5)	93 (100)

ANEXOS

Anexo 10. Resultados de la encuesta a profesionales respecto al USO o no de la opción no imprimible y su relación con las diferentes variables

	NO n (%)	SÍ n (%)	Total n(%)
Sexo			
Hombre	3 (3,2)	12 (12,9)	15 (16,1)
Mujer	38 (40,9)	40 (43,0)	78 (83,9)
Edad			
20-24	2 (2,2)	0 (0)	2 (2,2)
25-29	11 (11,8)	11 (1,8)	22 (23,7)
30-34	5 (5,4)	8 (8,6)	13 (14,0)
35-39	5 (5,4)	5 (5,4)	10 (10,8)
40-45	2 (2,2)	4 (4,3)	6 (6,5)
45-49	3 (3,2)	5 (5,4)	8 (8,6)
50-55	6 (6,5)	6 (6,5)	12 (12,9)
55-59	2 (2,2)	4 (4,3)	6 (6,5)
60-64	5 (5,4)	9 (9,7)	14 (15,1)
Categoría profesional			
Enfermero	28 (3,1)	2 (2,2)	30 (32,3)
Médico	8 (8,6)	38 (40,9)	46 (49,5)
Residente	5 (5,4)	12 (12,9)	5 (5,4)
Experiencia profesional			
1-5	15 (16,1)	15 (16,1)	30 (32,3)
6-10	4 (4,3)	5 (5,4)	9 (9,7)
11-15	4 (4,3)	6 (6,5)	10 (10,8)
16-20	3 (3,2)	3 (3,2)	6 (6,5)
21-25	3 (3,2)	4 (4,3)	7 (7,5)
26-30	4 (4,3)	6 (6,5)	10 (10,8)
31-35	2 (2,2)	4 (4,3)	6 (6,5)
36-40	2 (2,2)	1 (1,1)	3 (3,2)
41-45	4 (4,3)	8 (8,6)	12 (12,9)
Tipo de contrato			
Estatutario fijo	13 (14,0)	27 (29,0)	40 (43,0)
Eventual	6 (6,5)	7 (7,5)	13 (14,0)
Interino	6 (6,5)	1 (1,1)	7 (7,5)
Residente	7 (7,5)	13 (14,0)	20 (21,5)
Suplente	9 (9,7)	4 (4,3)	13 (14,0)
Formación ético-legal			
No	13 (14,0)	7 (7,5)	20 (21,5)
Si	28 (30,1)	45 (48,4)	73 (78,5)
Total	41 (44,1)	52 (55,9)	93 (100)

ANEXOS

Anexo 11. Códigos CIAP por orden descendente de consideración de episodio no imprimible por profesionales

CIAP	DESCRIPCIÓN	NO debe ser no imprimible (%)	SI debe ser no imprimible (%)
P09	Alteración identidad psicosexual; Bestialismo; Exhibicionismo sexual; Fetichismo sexual; Masoquismo sexual; Paidofilia; Transexualidad; Travestismo; Zoofilia	6,5	93,5
X82	Violación; Problema resultante violación; lesión aparato genital femenino	6,5	93,5
Z13	Cónyuge adicción a drogas/alcohol; Cónyuge infidelidad/jugador	6,5	93,5
Z09	Acusación legal; Adolescencia problemas policiales-legales; Denuncia legal; Encarcelamiento; Juicio; Litigio; Problema legal/policía/juicio	10,8	89,2
Z12	Abuso de cónyuge/esposo/esposa; Disputa cónyuge/padres; Matrimonio crisis/dificultades/problemas; Malos tratos de cónyuge; Ruptura sentimental pareja	10,8	89,2
W83	IVE; Aborto ilegal/inducido/provocado	12,9	87,1
Y07	Impotencia orgánica; Disfunción sexual	12,9	87,1
Z16	Abuso de hijo/niños/infantil; Maltrato infantil	12,9	87,1
Z25	Problemas resultantes de asalto violencia/violación/violencia no sexual	12,9	87,1
W10	Contracepción postcoital; Píldora del día siguiente; Rotura de preservativo	14	86
P08	Dispareunia psicógena; Impotencia; Pérdida potencia sexual psi; Eyaculación prematura; Problema sexual disfunción masculina/femenina; Vaginismo psicógeno	15,1	84,9
X04	Dolor en coito; Coito difícil; Vaginismo	15,1	84,9
Z04	Discriminación color/raza/religión/sexo; Embarazo ilegítimo; Inadaptación social	15,1	84,9
P29	Conducta anormal; Ludopatía; Masturbación; Hechizamiento, Onicofagia; Quejarse excesivamente; Comportamiento extraño; Comerse las uñas	18,3	81,7
Z20	Problemas con familiares (disputas/abuso violencia)	18,3	81,13
P07	Frigidez; Pérdida libido femenina/masculina	21,5	78,5
X70	Sífilis	22,6	77,4
X71	Gonorrea (vaginitis/cervicitis/uretritis)	22,6	77,4
Y04	Erección dolorosa; Inflamación pene; Tumefacción prepucio; Priapismo	22,6	77,4
Y10	Azoospermia; Esterilidad/impotencia masculina	22,6	77,4
Y70	Sífilis (chancro/ITU)	22,6	77,4
Y71	Gonorrea (ITU/uretritis)	22,6	77,4
Z15	Divorcio; Cónyuge encarcelamiento/enviuamiento/pérdida; Matrimonio ruptura/separación	23,7	76,3
D79	Cuerpo extraño en recto	25,8	74,2

ANEXOS

Y72	Herpes simple genital masculino	25,8	74,2
Z01	Pobreza; Problemas económicos	25,8	74,2
P23	Delincuencia juvenil; Alteración comportamiento adolescente; Alteración emocional adolescente	26,9	73,1
B90	SIDA/Sdr. Inmunodeficiencia Adquirida	28	72
X83	Himen estrecho; Anomalía congénita genital femenina; Himen perforado	28	72
P19	Sdr. abstinencia a drogas; Abuso de cola pegamento/otras sustancias; Adicción a drogas vía parenteral; Dependencia a drogas; Psicosis por drogas	29	71
Y76	Condiloma acuminado; Verruga venérea masculina; Verrugas virales	29	71
Y99	Atrofia genital masculina; Chancro blando; Chancroide; Enfermedad genital masculina; Enfermedad mama masculina; Ginecomastia; Hipertrofia genital masculina; Linfogranuloma venéreo; Torsión testículo; Tricomoniasis urogenital probada masculina	29	71
Z03	Vivienda defectuosa; Problemas de vivienda; Problema vecindad; Migraron social; Vagabundeo; Vivir solo	30,1	69,9
B25	Miedo de parecer SIDA	31,2	68,8
P16	Borrachera; Abuso de alcohol agudo; Problema alcohol agudo	31,2	68,8
X91	Condiloma acuminado femenino; Verruga venérea femenina	31,2	68,8
Y84	Hermafroditismo; Anomalía congénita genital masculina	31,2	68,8
Z21	Problema relación con comportamiento de padres o familiares	31,2	68,8
A20	Eutanasia petición/discusión	32,2	67,7
P27	Miedo de padecer perder mi mente/suicidio/volverse loco	33,3	66,7
X23	Miedo padecer enfermedad venérea mujer	33,3	66,7
Y25	Miedo de padecer enfermedad venérea masculina	33,3	66,7
Y80	Amputación traumática genital varón	33,3	66,7
Z07	Adolescencia problemas de educación; Analfabetismo; Fracaso escolar; Educación dificultosa niño	33,3	66,7
Z06	Desempleado; Parado; Problema desempleo; Incapacidad encontrar trabajo	34,4	65,6
P15	Abstinencia síndrome de alcohol; Abuso de alcohol crónico; Adicción-dependencia alcohólica demencia/psicosis; Celotipia alcohólica; Dipsomanía; Psicosis alcohólica; Sdr. amnésico del alcohol	35,5	64,5
P25	Divorcio; enviudamiento; Jubilación; Miedo de estar loco; Problema cambio estado civil; Problema fase e la vida; Cambio de niñez a adolescencia	35,5	64,5
X73	Tricomoniasis (vaginitis/cervicitis)	35,5	64,5
T06	Anorexia nerviosa; Bulimia; Incapacidad dejar de comer	36,6	63,4
X90	Herpes simple genital femenino	36,6	63,4
Z02	Problemas de alimentos/agua	36,6	63,4
Z05	Problema condiciones de trabajo; Insatisfacción empleo; Miedo de perder el trabajo; Problema elección carrera profesional	36,6	63,4
X24	Miedo de padecer disfunción sexual femenina	37,6	62,4

ANEXOS

B85	Exceso alcoholemia	38,7	61,3
S73	Infestación larvas/piojos/pulgas cuerpo cabello pubis	38,7	61,3
Y24	Miedo de padecer disfunción sexual masculina	38,7	61,3
Z28	Incapacidad-minusvalía social; Problema social aislamiento; Rechazo social	38,7	61,3
Z08	Problema bienestar social; Problema seguridad social	39,8	60,2
Z19	Muerte súbita niño/hijo; Pérdida de hijo	39,8	60,2
Z24	Problema de relación con amigos	39,8	60,2
W79	Embarazo confirmado no deseado	40,9	59,1
Y28	Incapacidad-minusvalía orgánica genital masculina	40,9	59,1
Y03	Secreción uretral/pene/prepucio	41,9	58,1
P13	Encopresis psicógena; Incontinencia heces origen no orgánico	43	57
W15	Esterilidad femenina; Incapacidad concebir/quedarse embarazada; Infertilidad femenina	43	57
Z14	Cónyuge gravemente enfermo/incapacitado	43	57
Z18	Problema en atención de niños enfermos/incapacitados	44,1	55,9
Z22	Problema por padres enfermos o incapacitados	44,1	55,9
P77	Parasuicidio; Sentirse autodestructivo; Ideas impulsos suicidas	45,2	54,8
S72	Sarna; Ácaros; Escabiosis	45,2	54,8
S83	Pezones supernumerarios	45,2	54,8
W02	Miedo de estar embarazada; Miedo al embarazo; Adolescencia problemas de miedo al embarazo	45,2	54,8
X21	Asimetría mamas; Problema forma de la mama; Problema tamaño de la mama; botón mamario niña	45,2	54,8
Y01	Dolor en pene	45,2	54,8
Z29	Aislamiento social/personal; Problema contaminación/polución ambiental	45,2	54,8
P02	Reacción de estrés/por muerte súbita/después de desastre natural/después de muerte de persona querida/después de violación actos violentos; Relación de duelo; Trastornado nervioso	46,2	53,8
P12	Enuresis psicógena; Incontinencia urinaria origen no orgánico	46,2	53,8
P85	Capacidad intelectual límite borderline; Deficiencia mental; Fallo desarrollo mental; Retraso mental; Subnormalidad;	46,2	53,8
W93	Anormal producto del parto nacido muerto; Ventosa extracción con nacido muerto; Parto complicado nacido muerto	46,2	53,8
P18	Abuso de fármacos dependiente/no dependiente	47,3	52,7
P04	Agitación; Cólera; Enfado; Temperamento irascible; Rabieta; Temperamento irritable; Sentirse agitado/nervioso	48,4	51,6
Z10	Problema acceso a la atención de salud; Problemas con el sistema sanitario	48,4	51,6
Z27	Miedo de padecer problemas sociales	48,4	51,6
X28	Incapacidad-minusvalía aparato genital femenino	49,5	50,5
Y75	Balanitis; Candidiasis urogenital masculina; Infección pene	49,5	50,5

ANEXOS

P80	Alteración obsesivo compulsiva; Alteración personalidad; Niño hiperquinético; Personalidad agresiva/asocial/compulsiva/depresiva/inmanuda; Problema personalidad	50,5	49,5
S74	Tiña	55,5	49,5
W91	Parto normal nacido muerto	50,5	49,5
Y02	Dolor en escroto/en testículos	50,5	49,5
Y13	Esterilización masculina; Vasectomía	50,5	49,5
P03	Deprimido; Depresiva; Infeliz; Llanto excesivo adulto; Sentir desesperanza; Sentirse deprimido; Sentirse miserable; Sentirse solo; Soledad; Sentirse triste; Tristeza; Solitario deprimido	51,6	48,4
X01	Dolor genital femenino; Dolor vaginal	51,6	48,4
Z23	Pérdida o muerte de padres u otro familiar	51,6	48,4
Y82	Hipospadia; Epispadira	52,7	47,3
A25	Miedo de padecer muerte	53,8	46,2
X72	Candidiasis urogenital femenina; Vaginitis candidiásica	53,8	46,2
Y27	Miedo de padecer enfermedad genital masculina	53,8	46,2
Y81	Fimosis; Parafimosis; Prepucio redundante	53,8	46,2
P21	Aprendiz subnormal; Niño hiperactivo/hipercinético	54,8	45,2
P22	Celos en niño; Fobia a la escuela; Problema conducta niño; Timidez excesiva niño	54,8	45,2
P79	Aerofobia; Agorafobia; Alteración neurótica; Claustrofobia; Fobias; Neurosis; Neurosis obsesiva; Trastorno obsesivo compulsivo	54,8	45,2
T80	Hipogonadismo	54,8	45,2
W01	Embarazo dudas sobre si existe o no	54,8	45,2
W13	Esterilización femenina; Ligadura de trompas	54,8	45,2
W82	Aborto	54,8	45,2
W92	Anormal producto del parto nacido vivo; Parto traumático	54,8	45,2
X11	Menopausia sequedad vaginal/insomnio/sofocos/tensión/vaginitis	54,8	45,2
X13	Hemorragia genital postcoital	54,8	45,2
X29	Secreción uretral femenina; Síntoma-signo genital femenino	54,8	45,2
A 16	Niño/adolescente malhumorado/alborotador/irritable/nervioso	55,9	44,1
P24	Adolescente problema aprendizaje; Dislexia; Falta maduración aprendizaje; Oligofrenia; Retraso desarrollo psicomotor; Retraso escolar; Niño problema del desarrollo mental	55,9	44,1
T05	Problema alimentación adulto; Anorexia no psicógena adulto; Rechazo alimentación adulto;	55,9	44,1
X14	Flujo vaginal excesivo	55,9	44,1
X84	Inflamación vaginal; Vaginitis; Vulvitis; Atrofia genital femenina cervical	55,9	44,1
X15	Vagina prurito/quemazón/secreción	57	43
X99	Alteración mama; Enfermedad genital femenina; Fístula genital; Fístula vaginal, Vulvovaginitis	57	43
A86	Envenenamiento sustancia no medicamentosa; Efecto tóxico	58,1	41,9

ANEXOS

	substancias diversas		
D17	Encopresis origen orgánico; Heces incontinencia; Incontinencia intestinal	58,1	41,9
P10	Tartamudez; Balbuceo; Tic origen psicógeno	58,1	41,9
P75	Neurosis cardiaca; Conversión histérica; Hipocondría; Histeria; Simulación; Trastorno de conversión/somatización/dismórfico corporal/somatomorfo	58,1	41,9
H15	Anormal orejas aspecto/inserción/tamaño; oreja despegada soplillo; orejas prominentes	59,1	40,9
P28	Incapacidad minusvalía psicológica	59,1	40,9
P99	Alteración conducta adulto; Alteración mental/psicológica; Psiconeurosis	59,1	40,9
X16	Vulva prurito/irritación/quemazón/ulceración	59,1	40,9
A78	Infección parásitos; Fiebre por piojos; Lepra; Leptospirosis; Picadura artrópodos; Muermo	60,2	39,8
P05	Miedo de padecer envejecimiento/senilidad; Comportamiento senil; Sentirse envejecido/histérico/senil	60,2	39,8
P78	Estrés crónico surmenaje; Fatiga intelectual surmenaje; Neurastenia	60,2	39,8
Y14	Planificación familiar hombre/contraceptivos orales hombre	60,2	39,8
Y29	Síntoma-signo genital masculino/aparato reproductor masculino	60,2	39,8
Z11	Problema con sentirse o estar enfermo	60,2	39,8
A26	Miedo de padecer cáncer	61,3	38,7
D20	Mal aliento; Anormal color lengua; Anormalidad labios; Babear; Gusto malo en la boca; Halitosis; Lengua inflamada; Lengua negra y villosa; Lengua saburral; Sialorrea	61,3	38,7
P20	Alucinaciones; Amnesia; Audición voces; Confusión; Delirios; Descuido; Falta memoria; Incapacidad concentrarse; Poseso	61,3	38,7
R08	Problema aspecto nariz; Nariz prominente; Nariz roja	61,3	38,7
X87	Incontinencia prolapso mujer; Propaso uterino vagina; Rectocele	62,4	37,6
Y05	Hematoma/inflamación/prurito escrotal-testicular	62,4	37,6
P11	Pérdida apetito psicógena niño; Pica; Comer demasiado problema psicógeno niño; Problema psicológico	63,4	36,6
P71	Psicosis orgánica/puerperal; Reacción paranoide	63,4	36,6
X10	Retraso voluntario de la menstruación	63,4	36,6
Y26	Miedo de padecer cáncer genital masculino	63,4	36,6
A27	Miedo de padecer enfermedad/infección	64,5	35,5
P72	Esquizofrenia catatónica/desorganizada hebefrénica paranoide; Parafrenia; Trastorno delirante/esquizoafectivo; Paranoia	64,5	35,5
U04	Incapacidad retener orina; Enuresis orgánica; Incontinencia urinaria de esfuerzo/por inestabilidad detrusor/por rebosamiento; Micción involuntaria	64,5	35,5
W12	Anticoncepción hormonal oral; Planificación familiar contraceptivos orales	64,5	35,5

ANEXOS

W84	Amenaza de parto; Primípara añosa	64,5	35,5
Y73	Prostatitis; Vesiculitis seminal	64,5	35,5
Y83	Criptorquidia; Testículo no descendido	64,5	35,5
D93	Espasmo anal; Proctalgia precoz	65,6	34,4
P73	Psicosis depresiva; Hipomanía; Manía; Psicosis afectiva/depresiva/esquizoafectiva/fenomenológica/maníacodepresiva ; Trastorno bipolar/ciclotímico	65,6	34,4
S86	Caspa	65,6	34,4
T04	Problema alimentación niño/adolescente; Anorexia no psicógena niño; Escupir alimentos niño; Rechazo alimentación niño; Niño vomitador	65,6	34,4
W12	DIU revisión; Doloroso DIU; Planificación familiar DIU	65,6	34,4
X05	Amenorrea; Sospecha de embarazo; Menstruación ausente/escasa; Problema menstrual	65,6	34,4
D05	Prurito/picor anal/perianal	66,7	33,3
W14	Deseo de embarazo; Planificación familiar	66,7	33,3
Y74	Orquitis; Epididimitis; Absceso epididimario/testicular	66,7	33,3
W95	Fallo de lactancia; Grieta pezón; Pezón retraído	67,7	32,3
X02	Dolor genital femenino menstrual; Menstruación dolorosa	67,7	32,3
X74	Endometritis; Enfermedad inflamatoria pélvica; Ovaritis	67,7	32,3
B26	Miedo de padecer cáncer linfático/de sangre/ leucemia/enfermedad de bazo	68,8	31,2
D04	Dolor anal/rectal	68,8	31,2
P01	Ansiedad; Sentirse ansioso; Temor; Asustado	68,8	31,2
W27	Miedo de padecer complicación del embarazo/perder el embarazo	68,8	31,2
Y78	Neoplasia maligna pene/testículo	68,8	31,2
A90	Anormalidad cromosómica; Sdr. Down; Sdr. Klinefelter; Sdr. Turner; Sífilis congénita	69,9	30,1
P74	Trastorno de ansiedad; Crisis de angustia/ansiedad; Neurosis ansiedad; Trastorno adaptativo depresivo; Trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo; Trastorno de ansiedad con agorafobia	69,9	30,1
W03	Amenaza de aborto	69,9	30,1
W28	Incapacidad-minusvalía durante el embarazo	69,9	30,1
X86	Anormal frotis cervical	69,9	30,1
Y79	Neoplasia benigna pene/testículo	69,9	30,1
A84	Intoxicación por medicamentos; Envenenamiento fármaco sobredosis dosis errónea	71	29
A99	Enfermedad en fase terminal	71	29
D26	Miedo de padecer cáncer de aparato digestivo	71	29
P76	Depresión; Neurosis depresión; Depresión reactiva; Trastorno depresivo menor/mayor único; Distimia	71	29
W76	Embarazo complicado por anomalías congénitas de la madre	71	29
W99	Desgarro periné o vulva por parto; Embarazo complicado por placenta implantación baja/por desprendimiento de placenta	71	29

ANEXOS

X27	Miedo de padecer enfermedad de la mama/enfermedad genital femenina	71	29
A96	Muerte súbita niño/adulto; Encontrado muerto	72	28
R27	Miedo de padecer enfermedad respiratoria/tuberculosis pulmonar	72	28
R70	Tuberculosis respiratoria	72	28
S92	Enfermedad glándulas sudoríparas; Golondrino; Hiperhidrosis patológica	72	28
T10	Baja estatura; Crecimiento escaso; Retraso del crecimiento; Falta de desarrollo; Talla baja familiar	72	28
X03	Dolor intermenstrual	72	28
X20	Pezón retraído/supuración/secreción	72	28
X25	Miedo de padecer cáncer genital femenino	72	28
X26	Miedo de padecer cáncer de mama	72	28
A28	Incapacidad trabajar; Minusvalía	73,1	26,9
A29	Torpeza; Estupor; Somnolencia	73,1	26,9
Do8	Aerofagia; Dolor gases; Eructos; Flatulencia; Meteorismo; Exceso gas; Exceso eructo	73,1	26,9
D22	Lombrices oxiuros; Parásitos intestinales; Tenia; Triquinosis	73,1	26,9
K96	Hemorroides	73,1	26,9
N26	Miedo de padecer cáncer de sistema nervioso	73,1	26,9
N27	Miedo de padecer enfermedad neurológica	73,1	26,9
R26	Miedo de padecer cáncer respiratorio	73,1	26,9
To7	Incremento de peso; Ganar peso; Engordar; Ganancia excesiva de peso	73,1	26,9
T26	Miedo de padecer cáncer aparato endocrino	73,1	26,9
U27	Miedo de padecer enfermedad urinaria	73,1	26,9
X06	Menstruación excesiva	73,1	26,9
X89	Síndrome de tensión premenstrual	73,1	26,9
D73	Gusanos intestinales	74,2	25,8
K24	Miedo de padecer ataque cardíaco	74,2	25,8
P17	Abstinencia al tabaco; Abuso de tabaco; Fumar tabaco adicción; Incapacidad para dejar de fumar	74,2	25,8
S26	Miedo de padecer cáncer de piel	74,2	25,8
S28	Incapacidad-minusvalía cutánea	74,2	25,8
U26	Miedo de padecer cáncer de aparato urinario	74,2	25,8
X07	Menstruación irregular/frecuente/retardada	74,2	25,8
Y16	Dolor mama/botón mamario/masa/quiste mama masculina	74,2	25,8
A15	Llanto excesivo niño/adolescente	75,3	24,7
B27	Miedo de padecer anemia/enfermedad de la sangre/enfermedad sistema linfático	75,3	24,7
D27	Miedo de padecer cálculos biliares/enfermedad digestiva/envenenamiento por comida/hepatitis infecciosa	75,3	24,7
H27	Miedo de padecer enfermedad auditiva/sordera	75,3	24,7
K27	Miedo de padecer enfermedad cardíaca/enfermedad	75,3	24,7

ANEXOS

	circulatoria/hemorroides/ictus/venas varicosas		
L26	Miedo de padecer cáncer de aparato locomotor	75,3	24,7
X12	Hemorragia genital menopáusica/postmenopáusica	75,3	24,7
D99	Proctitis; Prolapso rectal	76,3	23,7
S04	Verdugones	76,3	23,7
S24	Hirsutismo; Anormalidad pelo; Problema aspecto pelo	76,3	23,7
S27	Miedo de padecer enfermedad cutánea	76,3	23,7
S88	Envenenamiento casuarina veneno de encina; Envenenamiento hiedra	76,3	23,7
T27	Miedo de padecer diabetes/enfermedad endocrino-metabólica o nutricional/hipercolesterolemia	76,3	23,7
T29	Talla muy alta; Crecimiento excesivo; Grande para la edad; Pubarquia precoz	76,3	23,7
W19	Dolor mama lactante; Incapacidad lactar	76,3	23,7
X08	Sangrado intermenstrual	76,3	23,7
X09	Signos y síntomas premenstruales	76,3	23,7
X17	Signo-síntoma pelvis; Masa pélvica femenina	76,3	23,7
F27	Miedo de padecer ceguera/enfermedad ocular	76,9	23,1
F05	Dificultad lectura	77,4	22,6
K25	Miedo de padecer hipertensión	77,4	22,6
L27	Miedo de padecer enfermedad de aparato locomotor	77,4	22,6
S23	Alopecia; Calvice; Epilosis; Exceso de pelo no deseado	77,4	22,6
S95	Molluscum contagioso	77,4	22,6
T08	Querer perder peso	77,4	22,6
H29	Oído-oreja estallido/grietas/necesidad de limpieza/picor	78,5	21,5
T28	Incapacidad minusvalía endocrino-metabólica o nutricional	78,5	21,5
T82	Obesidad; Obesidad mórbida; Exceso de peso	78,5	21,5
W75	Embarazo complicado por lesiones	78,5	21,5
W77	Embarazo complicado por enfermedad cuello del útero/por enfermedad pélvica; Condiciones no obstétricas que afectan al embarazo/parto/puerperio	78,5	21,5
W78	Embarazo confirmado deseado	78,5	21,5
W80	Embarazo ectópico	78,5	21,5
P98	Autismo infantil	79,6	20,4
S29	Alteración color cara; Estrías atrofas; Mancha marca tatuaje; Nevus hemorragia/cambio color; Ombligo no cicatrizado; Problema aspecto piel; Problema ombligo; Telangectasia; Xantoma	79,6	20,4
W94	Mastitis puerperal	79,6	20,4
X18	Dolor mamario en la mujer	79,6	20,4
A09	Calor problema sudor	80,6	19,4
H79	Amputación de la oreja	80,6	19,4
N70	Infección por virus lento	80,6	19,4
P06	Alteración del sueño; Pesadillas; Sonambulismo; Terrores nocturnos; Narcolepsia; Hipersomnia sueño excesivo	80,6	19,4

ANEXOS

R03	Jadear	80,6	19,4
R04	Roncar	80,6	19,4
S77	Lunar melanoma maligno; Melanocarcinoma; Sarcoma de Kaposi	80,6	19,4
U02	Micción frecuente/imperiosa; Nicturia; Poliuria	80,6	19,4
S96	Acné vulgar; Comedón acné; Espinillas; Granos	81,7	18,3
W05	Náuseas/vómitos en el embarazo	81,7	18,3
W18	Dolor postparto	81,7	18,3
W20	Ingurgitación mamaria	81,7	18,3
W96	Complicaciones puerperio postnatales; Fiebre puerperal	81,7	18,3
A13	Miedo de padecer reacción por fármacos	82,8	17,2
K99	Elefantiasis no filariasis; Pobre circulación; Venas varicosas escrotales; Araña vascular	82,8	17,2
W81	Convulsiones en el embarazo	82,8	17,2
X19	Masa-bulto mamario en la mujer	82,8	17,2
D95	Absceso anorrectal/perianal; Fístula anal/rectal	83,9	16,1
R87	Cuerpo extraño en bronquio/laringe/pulmón/nariz	83,9	16,1
S02	Prurito picor piel/cuero cabelludo	83,9	16,1
T83	Sobrepeso	83,9	16,1
U07	Micción anormal; Orina anormal/olor malo/oscura; Pus en la orina	83,9	16,1
H80	Pabellón auricular accesorio; Apéndice preauricular; Anomalía congénita oído	84,9	15,1
N28	Incapacidad minusvalía sistema nervioso	84,9	15,1
U01	Disuria; Micción dolor/quemazón/escozor	84,9	15,1
U05	Anuria; Dificultad micción; Oliguria; Micción difícil; Retención de orina	84,9	15,1
Z31	Inmovilizado atención a domicilio	84,9	15,1
Z32	Anciano de riesgo	84,9	15,1
D18	Cambio en heces; Heces anormales; Heces moco; Heces pus	86	14
N29	Anormalidad marcha neurológica; Incoordinación	86	14
N88	Estado de pequeño mal	86	14
P70	Enfermedad de Alzheimer; Demencia senil/vascular; Psicosis psicótico arterioesclerótica/Korsakoff no alcohólica/presenil	86	14
N19	Alteración del lenguaje; Incapacidad para hablar; Pérdida del lenguaje; Sílabas perder al hablar	87,1	12,9
S94	Uña encarnada/larga/crecida/en garra/encarnada; Onicogripo	87,1	12,9
W29	Anemia del embarazo; Albuminuria complicación del embarazo	87,1	12,9
F17	Gafas quejas	88	12
K05	Preocupación irregularidad pulso/latidos cardiacos irregulares; Vigilancia irregularidades en latido cardiaco	88,2	11,8
S03	Verruga plantar/vulgar	88,2	11,8
S21	Arrugas; Exfoliación cutánea; Sequedad piel	88,2	11,8
T02	Exceso apetito; Sentir hambre	88,2	11,8
F15	Ojeras	89,1	10,9
D83	Boqueras/frenillo lingual	89,2	10,8

ANEXOS

L96	Dedo en martillo pie-mano; Juanete; Pie cavo; Pie plano adquirido; Pie zambo adquirido; Rodilla de criada	89,2	10,8
S22	Problema aspecto uñas; Uña débil/distrófica/punteada	89,2	10,8
T01	Exceso sed; Sediento	89,2	10,8
D16	Heces sangre rectorragia excepto hemorroides; Hemorragia recto; Rectorragia	89,2	10,2
A88	Sabañones	90,3	9,7
H70	Forúnculo del conducto auditivo externo/oído del nadador	90,3	9,7
H81	Cera excesiva en conducto auditivo externo; Tapón de cerumen	90,3	9,7
L28	Problema deambulación; Torpeza; Problema locomotor; Anormal marcha locomotor	90,3	9,7
L82	Anomalía congénita hueso/sistema locomotor	90,3	9,7
S08	Mancha café con leche; Mancha mongólica; Palidez; Pecas; Piel enrojecida anormal; Rojo piel	90,3	9,7
S13	Mordedura animal/humana	90,3	9,7
S79	Lunar	90,3	9,7
T03	Disminución apetito; Inapetencia comida	90,3	9,7
N16	Anormal sensaciones gustativa/olfatoria/olorosa/táctil; Anormal gusto; Gusto amargo; Pérdida del gusto; Incapacidad para degustar; Pérdida de olfato	91,4	8,6
R01	Dolor respiratorio; Respiración dolorosa	91,4	8,6
S07	Manchas cutáneas	91,4	8,6
S12	Picadura insecto	91,4	8,6
S15	Cuerpo extraño piel	91,4	8,6
U13	Dolor vejiga	91,4	8,6
F16	Espasmo palpebral; Párpado caído; Párpado que pica	92,4	7,6
F79	Parche ojo lesión	92,4	7,6
D15	Heces como brea pez; Heces negras melena; Hemorragia sangrado gastrointestinal	92,5	7,5
L19	Contractura de Dupuytren; Emaciación muscular; Entumecimiento músculo	92,5	7,5
N03	Algía facial; Dolor de cara; Sensación punzante en la cara	92,5	7,5
N04	Síndrome de piernas inquietas	92,5	7,5
R02	Disnea; Faltar el aliento; Respiración difícil	92,5	7,5
S17	Ampolla cutánea; Abrasión piel; Arañazo; Vesícula piel	92,5	7,5
H01	Oído-oreja dolor/inflamación	93,5	6,5
H13	Taponamiento oído-oreja	93,6	6,5
K90	Convulsiones por apoplejía	93,5	6,5
S14	Ampolla cutánea; Escaldadura; Quemadura piel; Vesícula piel por quemadura	93,5	6,5
K75	Rotura cardíaca/coronaria infarto; Ruptura miocardio/corazón	96,8	3,2

ANEXOS

Anexo 12. Resultados del método Delphi de consenso entre expertos

CIAP	DESCRIPCIÓN	Moda	(DE)	IQR
Y10	Azoospermia; Esterilidad/impotencia masculina	4	(0,84)	1,25
P07	Frigidez; Pérdida líbido femenina/masculina	4	(1,21)	1,5
P08	Dispareunia psicógena; Impotencia; Pérdida potencia sexual psi; Eyaculación prematura; Problema sexual disfunción masculina/femenina; Vaginismo psicógeno	4	(1,21)	1,5
P09	Alteración identidad psicosexual; Bestialismo; Exhibicionismo sexual; Fetichismo sexual; Masoquismo sexual; Paidofilia; Transexualidad; Travestismo; Zoofilia	4	(1,21)	1,5
W10	Contracepción postcoital; Píldora del día siguiente; Rotura de preservativo	4	(1,21)	1,5
X70	Sífilis	4	(1,21)	1,5
X71	Gonorrea (vaginitis/cervicitis/uretritis)	4	(1,21)	1,5
Y70	Sífilis (chancro/ITU)	4	(1,21)	1,5
Y71	Gonorrea (ITU/uretritis)	4	(1,21)	1,5
Y80	Amputación traumática genital varón	4	(1,21)	1,5
Z04	Discriminación color/raza/religión/sexo; Embarazo ilegítimo; Inadaptación social	4	(1,21)	1,5
Z16	Abuso de hijo/niños/infantil; Maltrato infantil	4	(1,21)	1,5
Z25	Problemas resultantes de asalto violencia/violación/violencia no sexual	4	(1,21)	1,5
A20	Eutanasia petición/discusión	4	(1,22)	0,75
W83	IVE; Aborto ilegal/inducido/provocado	4	(1,22)	0,75
X82	Violación; Problema resultante violación; lesión aparato genital femenino	4	(1,22)	0,75
Y07	Impotencia orgánica; Disfunción sexual	4	(1,22)	0,75
Y84	Hermafroditismo; Anomalía congénita genital masculina	4	(1,22)	0,75
Z13	Cónyuge adicción a drogas/alcohol; Cónyuge infidelidad/jugador	4	(1,22)	0,75
B90	SIDA/Sdr. Inmunodeficiencia Adquirida	4	(1,33)	2,25
Y76	Condiloma acuminado; Verruga venérea masculina; Verrugas virales	4	(1,33)	2,25
Z12	Abuso de cónyuge/esposo/esposa; Disputa cónyuge/padres; Matrimonio crisis/dificultades/problemas; Malos tratos de cónyuge; Ruptura sentimental pareja	4	(1,33)	2,25
W15	Esterilidad femenina; Incapacidad concebir/quedarse embarazada; Infertilidad femenina	3,5	(1,17)	1,5
X04	Dolor en coito; Coito difícil; Vaginismo	3,5	(1,17)	1,5
X83	Himen estrecho; Anomalía congénita genital femenina; Himen perforado	3,5	(1,17)	1,5
Y04	Erección dolorosa; Inflamación pene; Tumefacción prepucio; Priapismo	3,5	(1,17)	1,5
Z01	Pobreza; Problemas económicos	3,5	(1,17)	1,5
P75	Neurosis cardiaca; Conversión histérica; Hipocondría; Histeria; Simulación; Trastorno de conversión/somatización/dismórfico corporal/somatomorfo	3,5	(1,26)	2,25
Y13	Esterilización masculina; Vasectomía	3,5	(1,26)	2,25
Z15	Divorcio; Cónyuge encarcelamiento/enviuamiento/pérdida; Matrimonio ruptura/separación	3,5	(1,26)	2,25
Z20	Problemas con familiares (disputas/abuso violencia)	3,5	(1,26)	2,25

ANEXOS

B85	Exceso alcoholemia	3,5	(1,47)	3
P16	Borrachera; Abuso de alcohol agudo; Problema alcohol agudo	3,5	(1,47)	3
P27	Miedo de padecer perder mi mente/suicidio/volverse loco	3,5	(1,47)	3
P29	Conducta anormal; Ludopatía; Masturbación; Hechizamiento, Onicofagia; Quejarse excesivamente; Comportamiento extraño; Comerse las uñas	3,5	(1,47)	3
W01	Embarazo dudas sobre si existe o no	3,5	(1,47)	3
W02	Miedo de estar embarazada; Miedo al embarazo; Adolescencia problemas de miedo al embarazo	3,5	(1,47)	3
W93	Anormal producto del parto nacido muerto; Ventosa extracción con nacido muerto; Parto complicado nacido muerto	3,5	(1,47)	3
X24	Miedo de padecer disfunción sexual femenina	3,5	(1,47)	3
Y24	Miedo de padecer disfunción sexual masculina	3,5	(1,47)	3
Z14	Cónyuge gravemente enfermo/incapacitado	3,5	(1,47)	3
Z19	Muerte súbita niño/hijo; Pérdida de hijo	3,5	(1,47)	3
B25	Miedo de parecer SIDA	3,5	(1,48)	3
D79	Cuerpo extraño en recto	3,5	(3)	3
Y72	Herpes simple genital masculino	3,4	(1,17)	1,5
P25	Divorcio; enviudamiento; Jubilación; Miedo de estar loco; Problema cambio estado civil; Problema fase e la vida; Cambio de niñez a adolescencia	3	(0,75)	1,25
W82	Aborto	3	(0,84)	1,25
S74	Tiña	3	(0,85)	1,25
S83	Pezones supernumerarios	3	(0,98)	0,75
X13	Hemorragia genital postcoital	3	(1,03)	1,5
Z07	Adolescencia problemas de educación; Analfabetismo; Fracaso escolar; Educación dificultosa niño	3	(1,03)	1,5
Z24	Problema de relación con amigos	3	(1,03)	1,5
X01	Dolor genital femenino; Dolor vaginal	3	(1,03)	2
X15	Vagina prurito/quemazón/secreción	3	(1,03)	2
X16	Vulva prurito/irritación/quemazón/ulceración	3	(1,03)	2
P15	Abstinencia síndrome de alcohol; Abuso de alcohol crónico; Adicción-dependencia alcohólica demencia/psicosis; Celotipia alcohólica; Dipsomanía; Psicosis alcohólica; Sdr. amnésico del alcohol	3	(1,09)	1,5
A25	Miedo de padecer muerte	3	(1,17)	2,25
Y03	Secreción uretral/pene/prepucio	3	(1,17)	2,25
Y99	Atrofia genital masculina; Chancro blando; Chancroide; Enfermedad genital masculina; Enfermedad mama masculina; Ginecomastia; Hipertrofia genital masculina; Linfogranuloma venéreo; Torsión testículo; Tricomoniasis urogenital probada masculina	3	(1,17)	2,25
Z02	Problemas de alimentos/agua	3	(1,17)	2,25
Z03	Vivienda defectuosa; Problemas de vivienda; Problema vecindad; Migraron social; Vagabundeo; Vivir solo	3	(1,17)	2,25
Z21	Problema relación con comportamiento de padres o familiares	3	(1,17)	2,25
W92	Anormal producto del parto nacido vivo; Parto traumático	3	(1,22)	1,25
X14	Flujo vaginal excesivo	3	(1,22)	1,25
S72	Sarna; Ácaros; Escabiosis	3	(1,22)	2,25
S73	Infestación larvas/piojos/pulgas cuerpo cabello pubis	3	(1,22)	2,25
X73	Tricomoniasis (vaginitis/cervicitis)	3	(1,22)	2,25
X99	Alteración mama; Enfermedad genital femenina; Fístula genital; Fístula vaginal, Vulvovaginitis	3	(1,22)	2,25

ANEXOS

Y75	Balanitis; Candidiasis urogenital masculina; Infección pene	3	(1,22)	2,25
Z18	Problema en atención de niños enfermos/incapacitados	3	(1,22)	2,25
Z27	Miedo de padecer problemas sociales	3	(1,22)	2,25
W12	Anticoncepción hormonal oral; Planificación familiar contraceptivos orales	3	(1,22)	2,5
P19	Sdr. abstinencia a drogas; Abuso de cola pegamento/otras sustancias; Adicción a drogas vía parenteral; Dependencia a drogas; Psicosis por drogas	3	(1,33)	2,25
P77	Parasuicidio; Sentirse autodestructivo; Ideas impulsos suicidas	3	(1,33)	2,25
T80	Hipogonadismo	3	(1,37)	3
W91	Parto normal nacido muerto	3	(1,37)	3
Y01	Dolor en pene	3	(1,37)	3
Y02	Dolor en escroto/en testículos	3	(1,37)	3
Y25	Miedo de padecer enfermedad venérea masculina	3	(1,37)	3
Z28	Incapacidad-minusvalía social; Problema social aislamiento; Rechazo social	3	(1,37)	3
Z09	Acusación legal; Adolescencia problemas policiales-legales; Denuncia legal; Encarcelamiento; Juicio; Litigio; Problema legal/policía/juicio	3	(1,5)	3
W13	Esterilización femenina; Ligadura de trompas	3	(1,51)	3
D17	Encopresis origen orgánico; Heces incontinencia; Incontinencia intestinal	3	(2)	1,25
D93	Espasmo anal; Proctalgia precoz	3	(2)	1,25
P22	Celos en niño; Fobia a la escuela; Problema conducta niño; Timidez excesiva niño	2,5	(0,98)	2
P24	Adolescente problema aprendizaje; Dislexia; Falta maduración aprendizaje; Oligofrenia; Retraso desarrollo psicomotor; Retraso escolar; Niño problema del desarrollo mental	2,5	(0,98)	2
P28	Incapacidad minusvalía psicológica	2,5	(0,98)	2
W12	DIU revisión; Doloroso DIU; Planificación familiar DIU	2,5	(0,98)	2
A90	Anormalidad cromosómica; Sdr. Down; Sdr. Klinefelter; Sdr. Turner; Sífilis congénita	2,5	(1,05)	1,5
P23	Delincuencia juvenil; Alteración comportamiento adolescente; Alteración emocional adolescente	2,5	(1,05)	1,5
P80	Alteración obsesivo-compulsiva; Alteración personalidad; Niño hiperquinético; Personalidad agresiva/asocial/compulsiva/depresiva/inmadura; Problema personalidad	2,5	(1,05)	1,5
Y29	Síntoma-signo genital masculino/aparato reproductor masculino	2,5	(1,05)	1,5
Z08	Problema bienestar social; Problema seguridad social	2,5	(1,05)	1,5
Z10	Problema acceso a la atención de salud; Problemas con el sistema sanitario	2,5	(1,05)	1,5
A96	Muerte súbita niño/adulto; Encontrado muerto	2,5	(1,21)	2,25
P85	Capacidad intelectual límite borderline; Deficiencia mental; Fallo desarrollo mental; Retraso mental; Subnormalidad;	2,5	(1,21)	2,25
P98	Autismo infantil	2,5	(1,21)	2,25
X05	Amenorrea; Sospecha de embarazo; Menstruación ausente/escasa; Problema menstrual	2,5	(1,21)	2,25
X27	Miedo de padecer enfermedad de la mama/enfermedad genital femenina	2,5	(1,21)	2,25
Y27	Miedo de padecer enfermedad genital masculina	2,5	(1,21)	2,25
Z29	Aislamiento social/personal; Problema contaminación/polución	2,5	(1,21)	2,25

ANEXOS

	ambiental			
P72	Esquizofrenia catatónica/desorganizada hebefrénica paranoide; Parafrenia; Trastorno delirante/esquizoafectivo; Paranoia	2,5	(1,38)	3
P73	Psicosis depresiva; Hipomanía; Manía; Psicosis afectiva/depresiva/esquizoafectiva/fenomenológica/maníacodepresiva; Trastorno bipolar/ciclotímico	2,5	(1,38)	3
X23	Miedo padecer enfermedad venérea mujer	2,5	(1,38)	3
X84	Inflamación vaginal; Vaginitis; Vulvitis; Atrofia genital femenina cervical	2,5	(1,38)	3
X90	Herpes simple genital femenino	2,5	(1,38)	3
X91	Condiloma acuminado femenino; Verruga venérea femenina	2,5	(1,38)	3
Z06	Desempleado; Parado; Problema desempleo; Incapacidad encontrar trabajo	2,5	(1,38)	3
H80	Pabellón auricular accesorio; Apéndice preauricular; Anomalía congénita oído	2	(0,52)	1
S96	Acné vulgar; Comedón acné; Espinillas; Granos	2	(0,52)	1
T04	Problema alimentación niño/adolescente; Anorexia no psicógena niño; Escupir alimentos niño; Rechazo alimentación niño; Niño vomitador	2	(0,52)	1
T05	Problema alimentación adulto; Anorexia no psicógena adulto; Rechazo alimentación adulto;	2	(0,52)	1
T29	Talla muy alta; Crecimiento excesivo; Grande para la edad; Pubarquia precoz	2	(0,52)	1
W78	Embarazo confirmado deseado	2	(0,52)	1
A 16	Niño/adolescente malhumorado/alborotador/irritable/nervioso	2	(0,63)	0,5
P05	Miedo de padecer envejecimiento/senilidad; Comportamiento senil; Sentirse envejecido/histérico/senil	2	(0,63)	0,5
H15	Anormal orejas aspecto/inserción/tamaño; oreja despegada soplillo; orejas prominentes	2	(0,75)	1,25
N28	Incapacidad minusvalía sistema nervioso	2	(0,75)	1,25
P03	Deprimido; Depresiva; Infeliz; Llanto excesivo adulto; Sentir desesperanza; Sentirse deprimido; Sentirse miserable; Sentirse solo; Soledad; Sentirse triste; Tristeza; Solitario deprimido	2	(0,75)	1,25
P10	Tartamudez; Balbuceo; Tic origen psicógeno	2	(0,75)	1,25
P12	Enuresis psicógena; Incontinencia urinaria origen no orgánico	2	(0,75)	1,25
P13	Encopresis psicógena; Incontinencia heces origen no orgánico	2	(0,75)	1,25
P17	Abstinencia al tabaco; Abuso de tabaco; Fumar tabaco adicción; Incapacidad para dejar de fumar	2	(0,75)	1,25
R04	Roncar	2	(0,75)	1,25
S28	Incapacidad-minusvalía cutánea	2	(0,75)	1,25
X06	Menstruación excesiva	2	(0,75)	1,25
X07	Menstruación irregular/frecuente/retardada	2	(0,75)	1,25
X08	Sangrado intermenstrual	2	(0,75)	1,25
X21	Asimetría mamas; Problema forma de la mama; Problema tamaño de la mama; botón mamario niña	2	(0,75)	1,25
X87	Incontinencia prolapso mujer; Propaso uterino vagina; Rectocele	2	(0,75)	1,25
Y83	Criptorquidia; Testículo no descendido	2	(0,75)	1,25
A78	Infección parásitos; Fiebre por piojos; Lepra; Leptospirosis; Picadura artrópodos; Muermo	2	(0,89)	2
P04	Agitación; Cólera; Enfado; Temperamento irascible; Rabieta; Temperamento irritable; Sentirse agitado/nervioso	2	(0,89)	2

ANEXOS

P06	Alteración del sueño; Pesadillas; Sonambulismo; Terrores nocturnos; Narcolepsia; Hipersomnia sueño excesivo	2	(0,89)	2
P20	Alucinaciones; Amnesia; Audición voces; Confusión; Delirios; Descuido; Falta memoria; Incapacidad concentrarse; Poseso	2	(0,89)	2
P21	Aprendiz subnormal; Niño hiperactivo/hipercinético	2	(0,89)	2
S24	Hirsutismo; Anormalidad pelo; Problema aspecto pelo	2	(0,89)	2
W84	Amenaza de parto; Primípara añosa	2	(0,89)	2
X10	Retraso voluntario de la menstruación	2	(0,89)	2
X12	Hemorragia genital menopáusica/postmenopáusica	2	(0,89)	2
X25	Miedo de padecer cáncer genital femenino	2	(0,89)	2
X74	Endometritis; Enfermedad inflamatoria pélvica; Ovaritis	2	(0,89)	2
D04	Dolor anal/rectal	2	(1)	1
D73	Gusanos intestinales	2	(1)	1
P99	Alteración conducta adulto; Alteración mental/psicológica; Psiconeurosis	2	(1,03)	1,5
T06	Anorexia nerviosa; Bulimia; Incapacidad dejar de comer	2	(1,03)	1,5
P02	Reacción de estrés/por muerte súbita/después de desastre natural/después de muerte de persona querida/después de violación actos violentos; Relación de duelo; Trastornado nervioso	2	(1,09)	1,5
A26	Miedo de padecer cáncer	2	(1,09)	2
X72	Candidiasis urogenital femenina; Vaginitis candidiásica	2	(1,09)	2
Y05	Hematoma/inflamación/prurito escrotal-testicular	2	(1,09)	2
P18	Abuso de fármacos dependiente/no dependiente	2	(1,17)	2,25
T82	Obesidad; Obesidad mórbida; Exceso de peso	2	(1,17)	2,25
Y81	Fimosis; Parafimosis; Prepucio redundante	2	(1,17)	2,25
Z22	Problema por padres enfermos o incapacitados	2	(1,17)	2,25
W79	Embarazo confirmado no deseado	2	(1,22)	2,25
R70	Tuberculosis respiratoria	2	(1,33)	2,25
W14	Deseo de embarazo; Planificación familiar	2	(1,33)	2,25
X28	Incapacidad-minusvalía aparato genital femenino	2	(1,33)	2,25
X29	Secreción uretral femenina; Síntoma-signo genital femenino	2	(1,33)	2,25
Y14	Planificación familiar hombre/contraceptivos orales hombre	2	(1,33)	2,25
Y28	Incapacidad-minusvalía orgánica genital masculina	2	(1,33)	2,25
Z05	Problema condiciones de trabajo; Insatisfacción empleo; Miedo de perder el trabajo; Problema elección carrera profesional	2	(1,33)	2,25
P74	Trastorno de ansiedad; Crisis de angustia/ansiedad; Neurosis ansiedad; Trastorno adaptativo depresivo; Trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo; Trastorno de ansiedad con agorafobia	2	(1,37)	3
P79	Aerofobia; Agorafobia; Alteración neurótica; Claustrofobia; Fobias; Neurosis; Neurosis obsesiva; Trastorno obsesivo-compulsivo	2	(1,37)	3
D22	Lombrices oxiuros; Parásitos intestinales; Tenia; Triquinosis	2	(2)	2
D99	Proctitis; Prolapso rectal	2	(3)	2,25
A29	Torpeza; Estupor; Somnolencia	1,5	(0,55)	1
N19	Alteración del lenguaje; Incapacidad para hablar; Pérdida del lenguaje; Sílabas perder al hablar	1,5	(0,55)	1
S23	Alopecia; Calvice; Epilosis; Exceso de pelo no deseado	1,5	(0,55)	1
S92	Enfermedad glándulas sudoríparas; Golondrino; Hiperhidrosis patológica	1,5	(0,55)	1
T08	Querer perder peso	1,5	(0,55)	1
T10	Baja estatura; Crecimiento escaso; Retraso del crecimiento; Falta de desarrollo; Talla baja familiar	1,5	(0,55)	1

ANEXOS

T28	Incapacidad minusvalía endocrino-metabólica o nutricional	1,5	(0,55)	1
W75	Embarazo complicado por lesiones	1,5	(0,55)	1
W94	Mastitis puerperal	1,5	(0,55)	1
W99	Desgarro periné o vulva por parto; Embarazo complicado por placenta implantación baja/por desprendimiento de placenta	1,5	(0,55)	1
X20	Pezón retraído/supuración/secreción	1,5	(0,55)	1
N27	Miedo de padecer enfermedad neurológica	1,5	(0,82)	1
F05	Dificultad lectura	1,5	(0,82)	1,25
H27	Miedo de padecer enfermedad auditiva/sordera	1,5	(0,82)	1,25
H29	Oído-oreja estallido/grietas/necesidad de limpieza/picor	1,5	(0,82)	1,25
K24	Miedo de padecer ataque cardíaco	1,5	(0,82)	1,25
N70	Infección por virus lento	1,5	(0,82)	1,25
P11	Pérdida apetito psicógena niño; Pica; Comer demasiado problema psicógeno niño; Problema psicológico	1,5	(0,82)	1,25
P78	Estrés crónico surmenaje; Fatiga intelectual surmenaje; Neurastenia	1,5	(0,82)	1,25
S08	Mancha café con leche; Mancha mongólica; Palidez; Pecas; Piel enrojecida anormal; Rojo piel	1,5	(0,82)	1,25
S29	Alteración color cara; Estrías atrofas; Mancha marca tatuaje; Nevus hemorragia/cambio color; Ombligo no cicatrizado; Problema aspecto piel; Problema ombligo; Telangectasia; Xantoma	1,5	(0,82)	1,25
T26	Miedo de padecer cáncer aparato endocrino	1,5	(0,82)	1,25
T27	Miedo de padecer diabetes/enfermedad endocrino-metabólica o nutricional/hipercolesterolemia	1,5	(0,82)	1,25
W18	Dolor postparto	1,5	(0,82)	1,25
W19	Dolor mama lactante; Incapacidad lactar	1,5	(0,82)	1,25
W77	Embarazo complicado por enfermedad cuello del útero/por enfermedad pélvica; Condiciones no obstétricas que afectan al embarazo/parto/puerperio	1,5	(0,82)	1,25
W80	Embarazo ectópico	1,5	(0,82)	1,25
X03	Dolor intermenstrual	1,5	(0,82)	1,25
X89	Síndrome de tensión premenstrual	1,5	(0,82)	1,25
Y16	Dolor mama/botón mamario/masa/quiste mama masculina	1,5	(0,82)	1,25
Y73	Prostatitis; Vesiculitis seminal	1,5	(0,82)	1,25
A99	Enfermedad en fase terminal	1,5	(0,87)	1,25
X11	Menopausia sequedad vaginal/insomnio/sofocos/tensión/vaginitis	1,5	(0,89)	2
A27	Miedo de padecer enfermedad/infección	1,5	(0,98)	2
A86	Envenenamiento sustancia no medicamentosa; Efecto tóxico sustancias diversas	1,5	(0,98)	2
R27	Miedo de padecer enfermedad respiratoria/tuberculosis pulmonar	1,5	(0,98)	2
U04	Incapacidad retener orina; Enuresis orgánica; Incontinencia urinaria de esfuerzo/por inestabilidad detrusor/por rebosamiento; Micción involuntaria	1,5	(0,98)	2
W27	Miedo de padecer complicación del embarazo/perder el embarazo	1,5	(0,98)	2
W76	Embarazo complicado por anomalías congénitas de la madre	1,5	(0,98)	2
X02	Dolor genital femenino menstrual; Menstruación dolorosa	1,5	(0,98)	2
X26	Miedo de padecer cáncer de mama	1,5	(0,98)	2
Y26	Miedo de padecer cáncer genital masculino	1,5	(0,98)	2
T83	Sobrepeso	1,5	(1,17)	1,5
Y78	Neoplasia maligna pene/testículo	1,5	(1,17)	1,5
P70	Enfermedad de Alzheimer; Demencia senil/vascular; Psicosis psicótico arterioesclerótica/Korsakoff no alcohólica/presenil	1,5	(1,26)	1,25

ANEXOS

P71	Psicosis orgánica/puerperal; Reacción paranoide	1,5	(1,26)	2,25
Y74	Orquitis; Epididimitis; Absceso epididimario/testicular	1,5	(1,26)	2,25
Y79	Neoplasia benigna pene/testículo	1,5	(1,26)	2,25
Y82	Hipospadia; Epispadira	1,5	(1,26)	2,25
Z11	Problema con sentirse o estar enfermo	1,5	(1,26)	2,25
Z31	Inmovilizado atención a domicilio	1,5	(1,27)	2,25
P76	Depresión; Neurosis depresión; Depresión reactiva; Trastorno depresivo menor/mayor único; Distimia	1,5	(1,48)	3
D05	Prurito/picor anal/perianal	1,5	(2)	1,25
D08	Aerofagia; Dolor gases; Eructos; Flatulencia; Meteorismo; Exceso gas; Exceso eructo	1,5	(2)	1,25
D26	Miedo de padecer cáncer de aparato digestivo	1,5	(2)	1,25
D27	Miedo de padecer cálculos biliares/enfermedad digestiva/envenenamiento por comida/hepatitis infecciosa	1,5	(2)	1,25
D20	Mal aliento; Anormal color lengua; Anormalidad labios; Babear; Gusto malo en la boca; Halitosis; Lengua inflamada; Lengua negra y villosa; Lengua saburral; Sialorrea	1,5	(2)	2
D95	Absceso anorrectal/perianal; Fístula anal/rectal	1,5	(3)	2,25
B26	Miedo de padecer cáncer linfático/de sangre/ leucemia/enfermedad de bazo	1	(0,84)	1,25
F15	Ojeras	1	(0,41)	0,25
F16	Espasmo palpebral; Párpado caído; Párpado que pica	1	(0,41)	0,25
F17	Gafas quejas	1	(0,41)	0,25
F79	Parche ojo lesión	1	(0,41)	0,25
H01	Oído-oreja dolor/inflamación	1	(0,41)	0,25
H13	Taponamiento oído-oreja	1	(0,41)	0,25
H81	Cera excesiva en conducto auditivo externo; Tapón de cerumen	1	(0,41)	0,25
L82	Anomalía congénita hueso/sistema locomotor	1	(0,41)	0,25
L96	Dedo en martillo pie-mano; Juanete; Pie cavo; Pie plano adquirido; Pie zambo adquirido; Rodilla de criada	1	(0,41)	0,25
R01	Dolor respiratorio; Respiración dolorosa	1	(0,41)	0,25
R03	Jadear	1	(0,41)	0,25
R87	Cuerpo extraño en bronquio/laringe/pulmón/nariz	1	(0,41)	0,25
S02	Prurito picor piel/cuero cabelludo	1	(0,41)	0,25
S03	Verruga plantar/vulgar	1	(0,41)	0,25
S13	Mordedura animal/humana	1	(0,41)	0,25
S14	Ampolla cutánea; Escaldadura; Quemadura piel; Vesícula piel por quemadura	1	(0,41)	0,25
S15	Cuerpo extraño piel	1	(0,41)	0,25
S17	Ampolla cutánea; Abrasión piel; Arañazo; Vesícula piel	1	(0,41)	0,25
S94	Uña encarnada/larga/crecida/en garra/encarnada; Onicogripo	1	(0,41)	0,25
T01	Exceso sed; Sediento	1	(0,41)	0,25
T02	Exceso apetito; Sentir hambre	1	(0,41)	0,25
A15	Llanto excesivo niño/adolescente	1	(0,52)	1
H70	Forúnculo del conducto auditivo externo/oído del nadador	1	(0,52)	1
H79	Amputación de la oreja	1	(0,52)	1
K99	Elefantiasis no filiarisis; Pobre circulación; Venas varicosas escrotales; Araña vascular	1	(0,52)	1
N16	Anormal sensaciones gustativa/olfatoria/olorosa/táctil; Anormal gusto; Gusto amargo; Pérdida del gusto; Incapacidad para degustar; Pérdida de olfato	1	(0,52)	1

ANEXOS

P01	Ansiedad; Sentirse ansioso; Temor; Asustado	1	(0,52)	1
R02	Disnea; Faltar el aliento; Respiración difícil	1	(0,52)	1
S21	Arrugas; Exfoliación cutánea; Sequedad piel	1	(0,52)	1
S22	Problema aspecto uñas; Uña débil/distrófica/punteada	1	(0,52)	1
T03	Disminución apetito; Inapetencia comida	1	(0,52)	1
T07	Incremento de peso; Ganar peso; Engordar; Ganancia excesiva de peso	1	(0,52)	1
U01	Disuria; Micción dolor/quemazón/escozor	1	(0,52)	1
U02	Micción frecuente/imperiosa; Nicturia; Poliuria	1	(0,52)	1
U05	Anuria; Dificultad micción; Oliguria; Micción difícil; Retención de orina	1	(0,52)	1
U07	Micción anormal; Orina anormal/olor malo/oscura; Pus en la orina	1	(0,52)	1
W05	Náuseas/vómitos en el embarazo	1	(0,52)	1
W29	Anemia del embarazo; Albuminuria complicación del embarazo	1	(0,52)	1
W81	Convulsiones en el embarazo	1	(0,52)	1
X18	Dolor mamario en la mujer	1	(0,52)	1
A09	Calor problema sudor	1	(0,56)	1
A88	Sabañones	1	(0,82)	0,5
N03	Algia facial; Dolor de cara; Sensación punzante en la cara	1	(0,82)	0,5
S04	Verdugones	1	(0,82)	0,5
S88	Envenenamiento casuarina veneno de encina; Envenenamiento hiedra	1	(0,82)	0,5
S12	Picadura insecto	1	(0,82)	1,25
S79	Lunar	1	(0,84)	0,25
B27	Miedo de padecer anemia/enfermedad de la sangre/enfermedad sistema linfático	1	(0,84)	1,25
F27	Miedo de padecer ceguera/enfermedad ocular	1	(0,84)	1,25
K05	Preocupación irregularidad pulso/latidos cardiacos irregulares; Vigilancia irregularidades en latido cardiaco	1	(0,84)	1,25
K25	Miedo de padecer hipertensión	1	(0,84)	1,25
K27	Miedo de padecer enfermedad cardiaca/enfermedad circulatoria/hemorroides/ictus/venas varicosas	1	(0,84)	1,25
K96	Hemorroides	1	(0,84)	1,25
L19	Contractura de Dupuytren; Emaciación muscular; Entumecimiento músculo	1	(0,84)	1,25
L26	Miedo de padecer cáncer de aparato locomotor	1	(0,84)	1,25
L27	Miedo de padecer enfermedad de aparato locomotor	1	(0,84)	1,25
L28	Problema deambulaci3n; Torpeza; Problema locomotor; Anormal marcha locomotor	1	(0,84)	1,25
N26	Miedo de padecer cáncer de sistema nervioso	1	(0,84)	1,25
N29	Anormalidad marcha neurol3gica; Incoordinaci3n	1	(0,84)	1,25
R26	Miedo de padecer cáncer respiratorio	1	(0,84)	1,25
S07	Manchas cutáneas	1	(0,84)	1,25
S26	Miedo de padecer cáncer de piel	1	(0,84)	1,25
S27	Miedo de padecer enfermedad cutánea	1	(0,84)	1,25
S95	Molluscum contagioso	1	(0,84)	1,25
U13	Dolor vejiga	1	(0,84)	1,25
U26	Miedo de padecer cáncer de aparato urinario	1	(0,84)	1,25
U27	Miedo de padecer enfermedad urinaria	1	(0,84)	1,25
W20	Ingurgitaci3n mamaria	1	(0,84)	1,25
W28	Incapacidad-minusvalía durante el embarazo	1	(0,84)	1,25
W95	Fallo de lactancia; Grieta pez3n; Pez3n retraído	1	(0,84)	1,25

ANEXOS

W96	Complicaciones puerperio postnatales; Fiebre puerperal	1	(0,84)	1,25
X09	Signos y síntomas premenstruales	1	(0,84)	1,25
X17	Signo-síntoma pelvis; Masa pélvica femenina	1	(0,84)	1,25
X19	Masa-bulto mamario en la mujer	1	(0,84)	1,25
X86	Anormal frotis cervical	1	(0,84)	1,25
Z32	Anciano de riesgo	1	(0,84)	1,25
D18	Cambio en heces; Heces anormales; Heces moco; Heces pus	1	(1)	1
D83	Boqueras/frenillo lingual	1	(1)	1
A13	Miedo de padecer reacción por fármacos	1	(1,03)	2
A28	Incapacidad trabajar; Minusvalía	1	(1,03)	2
R08	Problema aspecto nariz; Nariz prominente; Nariz roja	1	(1,03)	2
S86	Caspa	1	(1,03)	2
N04	Síndrome de piernas inquietas	1	(1,21)	1,5
N88	Estado de pequeño mal	1	(1,21)	1,5
Z23	Pérdida o muerte de padres u otro familiar	1	(1,21)	1,5
K75	Rotura cardiaca/coronaria infarto; Ruptura miocardio/corazón	1	(1,22)	0,75
K90	Convulsiones por apoplejía	1	(1,22)	0,75
A84	Intoxicación por medicamentos; Envenenamiento fármaco sobredosis dosis errónea	1	(1,33)	2,25
S77	Lunar melanoma maligno; Melanocarcinoma; Sarcoma de Kaposi	1	(1,33)	2,25
W03	Amenaza de aborto	1	(1,33)	2,25
D15	Heces como brea pez; Heces negras melena; Hemorragia sangrado gastrointestinal	1	(3)	1,5
D16	Heces sangre rectorragia excepto hemorroides; Hemorragia recto; Rectorragia	1	(3)	1,5

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Caro J, Sánchez Caro J. El médico y la intimidad. ilustrada. Santos D de, editor. 2001. 239 p.
2. Sánchez-Caro J, Sánchez-Caro J, Torres Solanas VM, Zamarriego Moreno JJ, Fidalgo García R, García Sánchez I. Manual de casos prácticos del área de bioética y derecho sanitario. Consejería de Sanidad, editor. BOCM; 2009. 291 p.
3. Moliner M, Riera C. Diccionario de uso del español. 175 p.
4. Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario [Internet]. [citado 5 de mayo de 2017]. Recuperado a partir de:
<http://dle.rae.es/?id=XPkXnKN%7CXPmVDJ8%7CXPnR6xt>
5. Bertrán JM, Collazo E, Gervas J, González Salinas P, Gracia D, Júdez J, et al. Intimidad, confidencialidad y secreto. Fundación de Ciencias de la Salud; 2011. 1-6 p.
6. Calderón Calderón J. La libertad como fundamento de configuración de la personalidad en Xavier Zubiri. Editrice Pontificia Università Gregoriana; 2002. 467 p.
7. Fernandez MB. El secreto profesional en el proyecto de Código Penal. Anu derecho Penal y ciencias Penal. Ministerio de Justicia y Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1980;33(2):595-610.
8. Romeo Casabona CM, Echano Basaldua JL. La intimidad y los datos de carácter personal como derechos fundamentales y como bienes jurídicos penalmente protegidos. Estudios jurídicos en memoria de José María Lidón. Universidad de Deusto; 2002. 513-536 p.
9. Jefatura del Estado. Constitución Española. 1978 p. 29313-424.
10. Sacks O. Un antropólogo en Marte. Anagrama; 1997. 408 p.
11. Sacks O. El hombre que confundió a su mujer con un sombrero. 2009. 328 p.

BIBLIOGRAFÍA

12. Sacks O. Despertares. Anagrama; 2005.
13. Laín Entralgo P. Ser y conducta del hombre. Espasa Calpe; 1996.
14. Serrano González MI. La importancia del secreto médico, en relación médico-paciente. A tu Salud Rev Educ para la salud. Alezeia; 2005;(51):2-7.
15. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica. 2011 p. 58.
16. Iraburu M. Confidentiality and privacy. An Sist Sanit Navar. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud; 2006;29(SUPPL. 3):49-59.
17. Beca I JP. Confidencialidad y secreto médico. 2011. 1-6 p.
18. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford University Press; 2013. 459 p.
19. Gavison RE. Privacy and the Limits of Law. Yale Law J. 1980;89(3):421-71.
20. Sánchez Carazo C, Sánchez Carazo JM. La intimidad y el secreto médico. ilustrada. Santos D de, editor. 2000. 392 p.
21. Sánchez Caro J, Abellán F. Derechos y deberes de los pacientes. Ley 41/2002, de 14 de noviembre: consentimiento informado, historia clínica, intimidad e instrucciones previas. Comares, editor. Granada; 2002. 127 p.
22. Vélez J, Gracia D, Romeo CM, Gafo J, Vidal M, Bermejo JC. Bioéticas para el siglo XXI. 30 años de Bioética (1970-2000). Universidad de Deusto; 2003. 215 p.
23. Tribunal Constitucional. Sentencia 292/2000, de 30 de noviembre de 2000. Recurso de inconstitucionalidad 1.463/2000. Promovido por el Defensor del Pueblo respecto de los arts. 21.1 y 24.1 y 2 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Perso. Boletín Oficial del Estado (BOE) 2010 p. 292 p.
24. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. 1999 p. 43088-99.

BIBLIOGRAFÍA

25. Sánchez Carazo C, Sánchez Carazo JM. Protección de Datos de Carácter personal relativos a la salud. Agencia Es. Madrid; 1999.
26. Consejo de Europa. Recomendación nº R (97) 5, de 13 de febrero de 1997, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los estados miembros sobre protección de datos médicos. 1997 p. 484-92.
27. De Miguel Sánchez N. Tratamiento de datos personales en el ámbito sanitario: intimidad versus interés público. ilustrada. Blanch T lo, editor. 2004. 243 p.
28. Delgado Marroquín MT. Secreto profesional y confidencialidad en Atención Primaria. Instituto Nacional de la Salud, editor. Madrid; 1999.
29. Martí Mercadal J. El secreto profesional de los médicos. 2001.^a ed. Barcelona;
30. Calabuig G. El secreto médico. JANO. 1992;43:1545-70.
31. Delgado Marroquín MT. Confidencialidad y secreto profesional. Curso line Ética Clínica en Atención Primaria. 2014;1-24.
32. Instituto Nacional de Salud. Secreto profesional y confidencialidad en Atención Primaria. Subdirección General de Coordinación Administrativa, editor. Madrid; 1999.
33. Ovidio Nasón P. Metamorfosis. Gredos; 2012. 1-208 p.
34. de Arana JI. Historias curiosas de la medicina. Espasa-Calpe; 1994.
35. Gelpi RJ, Pérez ML, Rancich AM, Mainetti JA. [Confidentiality in medical oaths: (When the white crow becomes gray...)]. Medicina (B Aires). 2000;60(4):506-14.
36. Hipócrates. Juramento Hipocrático.
37. Bodaleras M. Bioética: Documentos Internacionales [Internet]. Sevilla. 2005 [citado 9 de junio de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.bioeticanet.info/documentos/juramento.htm>
38. Juramento hipocrático clásico [Internet]. Sevilla. 2012 [citado 9 de junio de 2016]. Recuperado a partir de:

BIBLIOGRAFÍA

- <https://sites.google.com/site/juramentoshipocraticos/home/juramento-hipocratico-clasico>
39. Juramento hipocrático de la Convención de Ginebra (1945) [Internet]. Sevilla. 2012 [citado 9 de junio de 2016]. Recuperado a partir de:
<https://sites.google.com/site/juramentoshipocraticos/home/adaptacion-de-la-convencion-de-ginebra-1945>
 40. Juramento hipocrático del Dr. Louis Lasagna (1964) [Internet]. Sevilla. 2012 [citado 9 de junio de 2016]. Recuperado a partir de:
<https://sites.google.com/site/juramentoshipocraticos/home/version-de-1964>
 41. Delgado Marroquín MT. Confidencialidad y secreto médico en la consulta del médico de familia. *Jano Med y humanidades*. Doyma; 2007;(1654):44.
 42. Júdez J, Nicolás P, Delgado Marroquín MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. Confidentiality in clinical practice: confidentially, clinical history and management of health care information. *Med Clin (Barc)*. Ediciones Doyma, S.A; 2002;118(1):487-93.
 43. Vasallo Morilla C. El secreto profesional en el ejercicio de la profesión de psicólogo. *Cons Gen Colegios Of Psicólogos*. 2001;80.
 44. Altisent Trota R, Costa Alcaraz A, Delgado Marroquín MT, Jarabo Crespo Y, Martín Espildora MN, Santos de Unamuno C, et al. Informatización y confidencialidad de la historia clínica. *Atención Primaria*. Haymarket; 2004;34(3):140-2.
 45. Lachmann PJ. Consent and confidentiality. Where are the limits? An introduction. *J Med Ethics*. BMJ Publishing Group; febrero de 2003;29(1):2-3.
 46. Hostiuc S, Octavian B. La cristalización del concepto de secreto profesional en el ámbito médico en la Francia del Siglo XIX. *J AHR*. 2015;6/2(12).
 47. Percival T. Medical Ethics; or a Code of Institutes and Precepts adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons. Vols. s1-13, *Prov Med Surg J*.

BIBLIOGRAFÍA

- Published 26 December 1849; 1849.
48. Altisent R, Delgado-Marroquín MT. La doble faz de la técnica: informatización y confidencialidad en la historia clínica. *Atención Primaria*. Haymarket; 2004;34:115-6.
 49. Delgado Marroquín MT. La confidencialidad y sus límites: repercusiones en el manejo de la información y documentación clínica. *Rev clínica electrónica en atención primaria*. Fundació Biblioteca Josep Laporte; 2007;13:1-7.
 50. Tristram Engelhardt H, Arias I, Hernández G, Domínguez O. Los fundamentos de la bioética. Paidós Ibérica; 1995.
 51. Delgado Marroquín M. ¿Es inviolable el secreto profesional? [Internet]. Casos de Ética Clínica. Consultas sobre bioética práctica. 7 Días Médicos. 2003 [citado 17 de septiembre de 2016]. Recuperado a partir de:
<http://www.institutodebioetica.org/casosbioetic/consultabioetica/060304.htm>
 52. Spitz V, Horrillo V. Doctores del infierno : un cruel relato de los experimentos que los nazis practicaron con humanos. Tempus; 2009. 349 p.
 53. Riquelme H. La medicina nacionalsocialista: ruptura de los cánones éticos en una perspectiva histórico-cultural. *Polis: Revista Latinoamericana*. Universidad Bolivariana; 2005. 19 p.
 54. Tribunal Internacional de Núremberg. Código de Nuremberg. 1947.
 55. Jefatura del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado (BOE)* 2002 p. 40126-32.
 56. Romeo Casabona CM. Los delitos de descubrimiento y revelación de secretos. Tirant lo. 2004. 220 p.
 57. Romeo Casabona CM. La protección penal del secreto profesional y laboral en el Derecho español. En: De Toledo y Ubieto E, Gurdíel Sierra M, Cortés Bechiarelli E, editores. *Estudios penales en recuerdo del profesor Ruiz Antón*. 2003. p. 959-

BIBLIOGRAFÍA

- 90.
58. Garriga Domínguez A. Tratamiento de datos personales y derechos fundamentales: desde Hollerith hasta internet. 2010;
59. Herranz G. Medical requirements in data protection. *Stud Health Technol Inform.* 1991;1:71-9.
60. García Sanz J. El secreto profesional en el ámbito sanitario. En: Estudio Jurídico-Penales sobre Genética y Biomedicina, Libro Homenaje al Prof Dr D Ferrando Mantovani. 2005. p. 1-20.
61. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de derechos humanos. Resolución 217 A (III) 1948.
62. Asociación Médica Mundial. Declaración de Lisboa sobre los derechos del paciente. 1981.
63. Jefatura del Estado. Convenio nº 108 del Consejo de Europa, de 28 de enero de 1981, para la protección de las personas con respecto al tratamiento automatizado de datos de carácter personal. 1985 p. 36000-4.
64. Jefatura del Estado. Instrumento de ratificación del convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina - Convenio de Oviedo). Boletín Oficial del Estado 1997 p. 36825-30.
65. Parlamento Europeo, Consejo de la Unión Europea. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la. 2016 p. 119/1-119/88.
66. Tribunal Constitucional (Sección Cuarta). Auto 600/1989, de 11 de diciembre de 1989. 1989.
67. Tribunal Constitucional. Sentencia 37/1989, de 15 de febrero de 1989. 1989.

BIBLIOGRAFÍA

68. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. 1982 p. 12546-8.
69. Jefatura del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. 1986 p. 41.
70. Agencia Española de Protección de Datos [Internet]. [citado 18 de febrero de 2017]. Recuperado a partir de:
http://www.agpd.es/portalwebAGPD/LaAgencia/informacion_institucional/memorias-ides-idphp.php
71. Ministerio de Justicia. Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. 2008.
72. Jefatura del Estado. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. 2003.
73. Jefatura del Estado. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. 2000.
74. Jefatura del Estado. Real decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. 1882.
75. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado 1995 p. 1-72.
76. Sala de lo Contencioso.Tribunal Superior de Justicia. Sentencia 16306/2002 del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía. Consejo General del Poder Judicial, ECLI:ES:TSJAND:2002:16306 2002.
77. Presidencia de la Comunidad de Madrid. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. BOCM núm. 306 de 26 de diciembre y BOE núm. 55 de 5 de Marzo de 2002 2001.
78. Sala Segunda del Tribunal Constitucional. Sentencia 115/2000, de 10 de mayo de 2000. Boletín Oficial del Estado (BOE) ECLI:ES:TC:2000:15; 2000.

BIBLIOGRAFÍA

79. Sección Cuarta. Tribunal Constitucional. Auto 600/1989, de 11 de diciembre. ECLI:ES:TC:1989:600A 1989.
80. Otero González P. El secreto profesional desde la óptica del deber de declarar en el proceso penal. *La Ley Rev jurídica española Doctrin Jurisprud y Bibliogr. La Ley*; 1980;(6):1833-9.
81. Muñoz Conde F. Derecho penal : Parte especial. Tirant lo Blanch; 2015.
82. Sala Primera del Tribunal Constitucional. Sentencia 37/1989, de 15 de febrero. Boletín Oficial del Estado (BOE), ECLI:ES:TC:1989:37 1989.
83. Ceballos R, Galisteo P, Cañizares S F, Herrero M M, López F, Montero B. Confidencialidad e intimidad en nuestra práctica profesional. *Med Fam*. 2001;2(2):145-8.
84. Pérez-Cárceles MD, Pereñíguez JE, Osuna E, Luna A. Balancing confidentiality and the information provided to families of patients in primary care. *J Med Ethics*. BMJ Group; septiembre de 2005;31(9):531-5.
85. Perez-Carceles MD, Pereñíguez JE, Osuna E, Pérez-Flores D, Luna A. Primary care confidentiality for Spanish adolescents: fact or fiction? *J Med Ethics*. 1 de junio de 2006;32(6):329-34.
86. Carrasco Peralta JA, Núñez García D, Castellano-Zurera MM, Torres Olivera A. Medidas para garantizar la confidencialidad de los datos en unidades clínicas en el marco de la acreditación de calidad en Andalucía. *Rev Calid Asist*. 2012;27(6):358-62.
87. Municio Martín J, Al. E. Confidencialidad de la historia clínica. Análisis de la situación actual y áreas de mejora en el uso y manejo de la misma. Nagusia EJAZ, editor. Vitoria-Gasteiz; 2008. 176 p.
88. Hipócrates. Tratados hipocráticos. Alianza; 1996. 248 p.
89. Fombella Posada MJ, Cereijo Quinteiro MJ. Historia de la historia clínica. *Galicia Clínica*. 2012;73(1):21-6.

BIBLIOGRAFÍA

90. Lanza LA. La historia clínica electrónica: ideas , experiencias y reflexiones. Acimed. Centro Nacional de Informacion de Ciencias Medicas; 2005;13(5):20.
91. Criado del Río MT, Seoane Prado J. Aspectos médico-legales de la historia clínica. Editorial Constitución y Leyes C, editor. 1999.
92. Criado del Río MT. The medical-legal aspects of the clinical history. Med Clin (Barc). Ediciones Doyma, S.A; 1999;112(1):24-8.
93. Organización Médica Colegial. Código de Etica y Deontología Médica de 1999 [Internet]. 10 de septiembre de 1999. 1999 [citado 20 de marzo de 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.unav.es/cdb/ccdomccedm1999.html>
94. Curiel Herrero J. La confidencialidad y el secreto profesional en la historia clínica. Med Clin (Barc). 1997;108:143-5.
95. Laín Entralgo P. La historia clínica : historia y teoría del relato patográfico. Triacastela; 1998.
96. Delgado Marroquín M. Quiero que borre de mi historia el antecedente de aborto... Atención Primaria. Haymarket; 2005;36(6):339-44.
97. López-Picazo Ferrer JJ, Agulló Roca F, Villaescusa Pedemonte M, Cerezo Corbalán JM. Clinical data that are essential for the primary care clinical records: an experience of evaluation and improvement. Atención Primaria. Haymarket; :92-8.
98. Pedrera-Carbonell V, Gil-Guillén V, Orozco-Beltrán D, Prieto Erades I, Schwarz-Chavarri G, Moya-García MI. Validez de la historia clínica y sistemas de información en los estudios de actividad asistencial en atención primaria. Atención Primaria. 2005;36(10):550-7.
99. Castro L, Gámez M. Historia clínica. Farm Hosp - Tomo I. 2002;295-305.
100. Weed LL. Medical record that guide and teach (I y II). N Engl J Med. 14(278(11)):593-600.
101. Lawrence R, Borgsdorf, Mosser R. The problem-oriented medical record: an ideal

BIBLIOGRAFÍA

- system for pharmacist involvement in comprehensive patient care. *Amer J Hosp Pharm.* 1973;30:904-7.
102. de Lorenzo y Montero R. Property of clinical histories. *Rev CONAMED.* 2006;11(7):13-4.
103. Antomás J, Huarte del Barrio S. Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones ético-legales. *An Sist Sanit Navar. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud;* 2011;34(2):263-74.
104. Portero Lazcano G. Historia clínica: problemática sobre la propiedad. *Rev Latinoamericana Derecho Médico y Med Leg.* 2002;6(2):81-8.
105. Jefatura del Estado. Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. *Boe* 1995 p. 4538-43.
106. Ministerio de Cultura. Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual. *BOE-A-1996-8930* 1996.
107. Jefatura del Estado. Ley 16/1985, de 25 de junio, del Patrimonio Histórico Español. *BOE-A-1985-12534* 1985 p. 20342-52.
108. Martínez Hernández J. Historia Clínica. *Cuad Bioét.* 2006;17:57-68.
109. Gutiérrez Luna M. Historia clínica: su uso y confidencialidad. *Neurol Publicación Of la Soc Española Neurol. Sociedad Española de Neurología;* 2004;19(4):14-8.
110. Gervas J, Pérez Fernández M. La historia clínica electrónica en atención primaria. Fundamento clínico, teórico y práctico. *Semer - Med Fam. Elsevier;* enero de 2000;26(1):17-32.
111. Gabinete Jurídico de la Agencia Española de Protección de Datos. Informe 656/2008 Acceso a historia clínica por personal de enfermería. 2009.
112. Reguant i Fosas M. Historia clínica compartida y confidencialidad: riesgos y límites. *FMC - Form Médica Contin en Atención Primaria. Elsevier;* marzo de

BIBLIOGRAFÍA

- 2010;17(3):126-30.
113. STACKS Consulting. Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica Única Centralizada de Atención Primaria «AP-Madrid».
 114. Dirección Técnica de Sistemas de Información Sanitaria. Despliegue del Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica Única Centralizada de Atención Primaria «AP-Madrid». Servicio Madrileño de Salud; 2012.
 115. Lamberts H, Wood M. Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP). Barcelona: Masson/SG; 1990. 215 p.
 116. semFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria). Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP). :4.
 117. Casado M. La codificación clínica con CIAP en Atención Primaria. En: La codificación de terminologías clínicas como elementos clave de la normalización. 2009.
 118. Dirección Técnica de Sistemas de Información Sanitaria. AP-Madrid Documento de Versión. 2017.
 119. STACKS Consulting. OMI-AP V 4.0 Atención Primaria. Manual del Usuario. Barcelona: STACKS CIS; 1999. 626 p.
 120. STACKS Consulting. OMIap - Módulo Historia Clínica. STACKS Consulting, editor. 2006. p. 150.
 121. Dirección Técnica de Sistemas de Información Sanitaria. AP-Madrid Documento de Versión 2.45.5. Madrid: Gerencia Asistencial de Atención Primaria - Servicio Madrileño de Salud; 2016. p. 11.
 122. Astigarraga E. El método delphi. Techniques. 2006;1-14.
 123. Al Wattar B, Tamilselvan K, Khan R, Kelso A, Sinha A, Pirie A, et al. Development of a core outcome set for epilepsy in pregnancy (E-CORE): a national multi-stakeholder modified Delphi consensus study. BJOG An Int J

BIBLIOGRAFÍA

- Obstet Gynaecol. marzo de 2017;124(4):661-7.
124. Yañez Gallardo R, Cuadra Olmos R. The Delphi method and the investigation in health services. Cienc y enfermería. Universidad de Concepción; 2008;14(1):9-15.
 125. Lex Artis. Grupos Somamfyc [Internet]. Madrid. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria. [citado 19 de diciembre de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.somamfyc.com/grupos/lex-artis>
 126. Servicio Madrileño de Salud. Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud.
 127. Instituto de Estadística. Indicador de renta disponible bruta municipal per cápita [Internet]. Dirección General de Economía y Política Financiera. Consejería de economía, empleo y hacienda. CAM. 2017. Recuperado a partir de: <http://www.madrid.org/desvan/AccionDatosTemaMunicipal.icm?codTema=1901641>
 128. Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute) [Internet]. 2017 [citado 15 de mayo de 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p416/a2016/&file=pcaxis>
 129. Gracia D, Lázaro J. Como arqueros al blanco : estudios de bioética. 1. ed. Triacastela; 2004. 516 p.
 130. Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Introducción a la filosofía de la medicina. Triacastela; 2002.
 131. Jonsen A, Sigler M, Winslade J, William J, Camps V. Ética clínica aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica. Editorial Ariel; 2005. 352 p.
 132. Código Deontológico [Internet]. CODEM. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. Recuperado a partir de: <http://www.codem.es/codigo-deontologico>
 133. Louro Bernal I. La familia en la determinación de la salud. Vol. 29, Revista

BIBLIOGRAFÍA

- Cubana de Salud Pública. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, Ministerio de Salud Pública; 2003. 48-51 p.
134. Lamata Cotanda F. A perspective of health care policy. 20 years beyond Lalonde Report. *Gac Sanit.* 1994;8(43):189-94.
135. NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017 [Internet]. Defining the knowledge of nursing. Recuperado a partir de: <http://www.nanda.org/nanda-internacional-definiciones-y-clasificacion.html>
136. Servicio Madrileño de Salud. saluda - intranet SERMAS.
137. Savater F. El valor de educar. Ariel; 2008. 224 p.
138. Hernández Moreno A, Isanta Pomar C, Montiu Pomar JA, Vecino Lafoz R, Melón Juncosa P, Orna Esteban MI. Interrupciones por llamadas telefónicas en la consulta del médico de familia en dos centros de salud de Zaragoza. *Semer Rev española Med Fam* ISSN 1138-3593, N° 4, 2012, págs 214-219. Elsevier; 2012;(4):214-9.
139. Área de Calidad y Seguridad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Informe sobre interrupciones en la consulta de atención primaria. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud; 2017.
140. UCG Pino Montano B (DAP Sevilla). Procedimiento para interrupciones en la consulta de atención primaria. 2015.
141. Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Astier-Peña MP, Maderuelo-Fernández JÁ, Silvestre-Busto C. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España. *Atención Primaria.* enero de 2013;45(1):21-37.
142. Borrell-Carrió F, Páez Regadera C, Suñol Sala R, Orrego Villagan C, Gil Terrón N, Martí Nogués M. Clinical error and adverse events: primary care doctors' perception. *Atención Primaria.* junio de 2006;38(1):25-32.
143. Ceusters W, Cimino J, Rector A. Medical Language and Terminologies. *Stud*

BIBLIOGRAFÍA

- Health Technol Inform. 1997;197-204.
144. Monteagudo J, Salvador CH. Estándares para la historia clínica electrónica. Inf SEIS. 2001;193.
 145. González Cocina E, Pérez Torres F. La historia clínica electrónica. Revisión y análisis de la actualidad. Diraya: la historia de salud electrónica de Andalucía. Vol. 7, Revista Española de Cardiología. Spanish Society of Cardiology; 2007. 37-46 p.
 146. Reyes-García Bermúdez E, Rodríguez Fajardo A, Thomas Carazo E, Raya Berral L, Gastón Morata J, Molina Díaz R. Calidad de registro en la historia clínica informatizada de Atención Primaria. Med fam Andal. 2012;13(2).
 147. Regueillet A-G. Norma sexual y comportamientos cotidianos en los diez primeros años del Franquismo: noviazgo y sexualidad. Hispania. 30 de diciembre de 2004;64(218):1027-42.
 148. Esteban Galarza M. Gender Identities, Feminism, Sexuality and Love: Bodies as Agents. Política y Soc. 2009;46(1 y 2):27-41.
 149. Amaro Cano M del C. Sexualidad y bioética. Rev Cuba Med Gen Integr. Editorial Ciencias Médicas; 2005;
 150. Ayuso Sánchez Livia García Faroldi L, Villena Oliver A. Los españoles y la sexualidad en el siglo xxi. RES. 2015;24:133-5.
 151. Aguilar Cáceces MM. Abuso sexual en la infancia. Rev Digit Digit. 2009;
 152. Johnson CF. Child sexual abuse. Lancet. julio de 2004;364(9432):462-70.
 153. Meneses J, Munthe-Kaas H, Nguyen L, Berg R. Research on the effect of educational and informational interventions on violence and child sexual abuse for children and youth: Systematic literature search. Folkehelseinstituttet; 2017.
 154. Schneeberger AR, Dietl MF, Muenzenmaier KH, Huber CG, Lang UE. Stressful childhood experiences and health outcomes in sexual minority populations: a systematic review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 19 de septiembre de

BIBLIOGRAFÍA

- 2014;49(9):1427-45.
155. Schierhout G, Guy R, Donovan B, Kaldor J. Evidence review for NSW Sexually Transmissible Infections (STI) Strategy. Sax Institute for de Centre for Population Health, editor. NSW Ministry of Health; 2015.
 156. Ministerio de Sanidad SS e I. Macroencuesta de Violencia contra la mujer 2015. Gobierno de España;
 157. INE Instituto Nacional de Estadística. Víctimas mortales por violencia de género [Internet]. Ministerio del Interior. Gobierno de España. Recuperado a partir de: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926144037&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
 158. Holgado Catalán M, León Vázquez F, López Romero A, Ballarín González A, Muñoz Perdiguero J, Holgado Catalán M. ¿Quién puede leer eso que escribe? Utilización de herramientas de confidencialidad en la historia clínica electrónica de atención primaria? Rev Atención Primaria XXXIII Congr semFYC. 2013;225.